
دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

استخدام المناقشة الجماعية فى خدمة الجماعة
وتحسين جودة الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة

دراسة مطبقة على عينة من المرضى بأمراض مزمنة بمستشفى العبور بكفرالشيخ

إعداد

منال محمد محروس الطملاوي

أستاذ خدمة الجماعة المساعد

المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بكفرالشيخ

١٤٣٣هـ / ٢٠١٢ م

أولاً: مشكلة الدراسة:

تعد الأمراض المزمنة إحدى سمات هذا العصر، وهي أمراض معقدة الأسباب تتطلب بصفة عامة علاج طويل المدى، وتدخل طبي مستمر، وتستمر غالباً إلى نهاية الحياة، وتؤدي إلى تدهور تدريجي للصحة وتؤثر فى جودة الحياة خلال القيود المادية والعجز الذي تسببه لذلك فإنها تكون مصحوبة غالباً بمشكلات عديدة منها:

تغيير نمط وأسلوب الحياة، صعوبات فى أداء الأدوار الاجتماعية، صعوبات فى اتخاذ القرارات، مشكلات العزلة والشعور بالوحدة، عدم القدرة على التحكم فى الضغوط ومشاعر القلق والخوف، المشكلات المرتبطة بعلاقات المريض مع الآخرين من المحيطين، المشكلات الاقتصادية ومشكلات مرتبطة بشغل وقت الفراغ، ويمثل المرض المزمن أزمة حقيقية للشخص المصاب حيث تختلف حياته بعد المرض اختلافاً كبيراً عنها قبل المرض وتفرض على الشخص قيود عديدة تتعلق بنوع غذائه وممارسة نشاطاته، وضبط انفعالاته، وتنتاب المريض مشاعر الخوف من المستقبل، ومن الموت، ومن تطور المرض ويصبح أكثر قلقاً وتوتراً وقد يصاب الشخص بالاكتئاب نتيجة شعوره بالإحباط والفشل واليأس من الشفاء وعدم جدوى العلاج.

وتشير الدراسات فى مجال الأمراض بشكل عام إلى أن طبيعة الأمراض وأسبابها قد خضعت لتغيرات كبيرة عما كان علية الأمر فى النصف الأول من القرن العشرين، ففى حين أن معظم الاهتمام كان منصباً على الأمراض المعدية، فقد أصبحت الأمراض المزمنة هي الأكثر ملاحظة فى وقتنا الراهن. فهناك مجموعة من السمات التي تتميز بها الأمراض المزمنة منها: أنها معقدة الأسباب، وغير قابلة للتنبؤ، ونتائج العلاج فيها غير مضمونة، والشفاء فيها نادر، ومرهقة مادياً ونفسياً، كل هذه السمات والعوامل جعلت الطب والمؤسسات الصحية فى العالم ذات الاتجاهات العضوية الخالصة والتي تتبنى مفاهيم تقليدية للمرض عاجزة وحدها عن

مواجهة الأمراض المزمنة مما دفع إلى إعادة النظر فى مفهومها للمرض ليشتمل على الوجوه النفسية والاجتماعية، للمرض، الأمر الذي أدى إلى خروج الطب عن مفاهيمه التقليدية للمرض واعتبار مسألة الأمراض عموماً مسألة اجتماعية ونفسية تمس الجوانب الإنتاجية الاجتماعية للإنسان، وتعتبر فى الوقت نفسه مسئولية اجتماعية ليست خاصة بالتخصصات الطبية وحدها بل عامة تشمل جميع التخصصات التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالإنسان[١].

وتمثل الأمراض المزمنة غير المعدية ٦٠% تقريباً من وفيات العالم، و٨٠% من هذه الوفيات تحدث فى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وربع هذه الوفيات ما يقرب من (٩) تسعة ملايين فى عام ٢٠٠٥- كان من الرجال والنساء الذين تقل أعمارهم عن ٦٠ ستين عاماً – وعلى ذلك فالأمراض المزمنة تمثل أكبر سبب منفرد للوفيات للناس فى سن العمل على مستوى العالم، والأسباب الرئيسية لمعدل الوفيات فى الأمراض المزمنة يعزي إلى أمراض القلب والأوعية الدموية، ٣٠% من مجموع الوفيات فى العالم، وأمراض السرطان (١٣%)، والأمراض التنفسية المزمنة ٧% والسكر ٢%.[٢]

ويواجه المريض بمرض مزمن العديد من المشكلات منها: التعرض لنوبات طبية، وعدم التحكم بالأعراض والسير على نظام طبي، والانعزال عن المجتمع، ومحاولة التأقلم مع التغيرات التي قد تحدث فى المرض ومحاولة التعايش مع المحيطين بشكل طبيعي، ومحاولة توفير الموارد اللازمة للعلاج. [٣]

وتؤكد نتائج العديد من الدراسات التي أجريت على ذوي الأمراض العضوية المزمنة كالربو والسرطان وفقر الدم والسكر إلى انخفاض مستوى الرضا عن الحياة لدى الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة كدراسة بويز دينيس Bowess.Denise (١٩٩٨) ودراسة مارسيل والفونس Marcel alphons j.ran (١٩٩٨م)، ودراسة برت هيكن وآخرون Bert,L.Hicken ,cealn (٢٠٠٢م)

لذلك فمن المفترض أن استخدام المنافشة الجماعية كإحدى وسائل

طريقة العمل مع الجماعات يمكن أن تساعد فى تنمية الرضا عن الحياة لذوي الأمراض العضوية المزمنة من خلال إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض وذلك بتقديم معلومات عن المرض المزمن وفائدة العلاج ومبرراته وخطورة الآثار الاجتماعية النفسية المصاحبة للمرض وتأثيرها على المريض.

وتستخدم المناقشة الجماعية فى تغيير اتجاهات الأعضاء داخل الجماعة، حيث يمكن للأخصائي الاجتماعي استخدام المناقشة الجماعية فى تغيير وتصحيح المفاهيم والمعتقدات الخاطئة لدى المريض، وذلك بتحديد هذه المعارف الخاطئة المرتبطة بالمرض المزمن أولاً كاعتقاده بأن دورة فى الحياة قد انتهى ولا قيمة لوجوده، وأن المرض قد تمكن منه ولا فائدة من العلاج وإن المرض عقاب من الله له ثم مناقشة هذه الأفكار والمعتقدات ومحوها وإحلال الأفكار الصحيحة مكانها.

ومن خلال المناقشة يمكن تحقيق العديد من الأهداف والأغراض فهى وسيلة هامة لإكساب العديد من المعلومات، وتدعيم وتنمية القيم المرغوبة والعمل على مواجهة المشكلات واحداث التغييرات المقصودة فى أعضاء الجماعات واكتساب العديد من المهارات.(٤)

واستخدام تكنيك المناقشة الجماعية يهدف إلى إكساب المرضى بأمراض مزمنة الرضا عن الحياة من خلال تحري الأساليب التي تخفف من الحزن والكرب لدى المريض، وإثارة روح التحدي نحو المرض ورفع المعنويات، ونفى الأفكار السلبية وإعطاء نظرة أشمل للحياة ودفع المريض للتفكير الإيجابي والابتعاد عن التفكير السلبي حول الذات والعمل على إكسابهم الاتجاهات الإيجابية لتقليل التوتر وتحسين الصحة وتساعدنا على تفهم المأساة والمعاناة التي تمر بهم.

وتشير نتائج دراسة عن فاعلية استخدام العلاج التفاعلي للأب- الابن لطفل تم تشخيص حالته على أنه مصاب بالسرطان ومصاب أيضاً بنوع من الاضطراب العقلي وعمره ٤ سنوات وتم ملاحظة بعض التغيرات على سلوكه بعد تطبيق برنامج للعلاج التفاعلي المعتمد على العلاقة بين الأب والابن، وأكدت والدة الطفل تحسن الحالة الصحية للطفل بعد ١٣ أسبوع

وأنماط سلوكه أثناء الزيارات العلاجية للأخصائي الاجتماعي وذلك عن طريق التجاوب والمناقشات بين الطفل ووالدته وفريق العمل المتمثل في الأخصائي والطبيب اللذين يشرفان على علاج هذه الحالة، وتم تعميم هذه النتائج على الحالات المماثلة من الأطفال ذوي السلوك المضطرب أو الذين يعانون من مرض عضوي مزمن [٥].

وتري الباحثة إنه يمكن للمناقشة الجماعية فى خدمة الجماعة أن تسهم فى تحسين جودة الحياة بإبعادها المختلفة للمصابين بأمراض مزمنة ومن هنا تتحدد مشكلة الدراسة فى استخدام المناقشة فى خدمة الجماعة وتحسين جودة الحياة لدي المرضى بامراض مزمنة.

ثانياً:أهمية الدراسة:

١-خطورة الأمراض المزمنة وما يترتب عليها من مشكلات اجتماعية ونفسية واقتصادية.

٢-انتشار الأمراض المزمنة بصورة كبيرة فى المجتمع المصرى، وتزايد أعداد المرضى المزمنين عاماً بعد عام.

٣-تمثل هذه الفئة من المرضى بأمراض مزمنة فاقداً من القوى البشرية المنتجة فى المجتمع والقادرة على المشاركة فى مشروعات التنمية التي تخطط الدولة لها لرفع مستويات المعيشة وتحقيق الانطلاق.

٤-ان تفاقم الأمراض المزمنة فى الفترة الأخيرة يعتبر بمثابة حافز لمهنة الخدمة الاجتماعية وتحدي لتطوير أساليب المهنة فى التعامل مع هذه المشكلة.

٥-ندرة الدراسات والبحوث العلمية التي أجريت على هذه الظاهرة فيما يتصل بمهنة الخدمة الاجتماعية ولاسيما خدمة الجماعة.

ثالثاً: أهداف الدراسة:-

تسعي الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:-

العمل على تحسين جودة الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة ويتم

تحقيق هذا الهدف الرئيسى من خلال استغلال المناقشة الجماعية فى خدمة الجماعة فى العمل على تحقيق الأهداف التالية:-

١-العمل على المساهمة فى تحسين الجانب النفسى للمرضى بأمراض مزمنة.

٢-العمل على المساهمة فى تحسين الجانب الاجتماعى للمرضى بأمراض مزمنة.

٣-العمل على المساهمة فى تحسين الجانب الجسدى للمرضى بأمراض مزمنة.

رابعاً: الدراسات السابقة:

سوف تعرض الباحثة الدراسات السابقة من خلال محورين:-

المحور الأول: دراسات تناولت المرضى بأمراض مزمنة:

١-**دراسة ثريا عبد الرؤف جبريل** ١٩٩٢[٦]: اهتمت هذه الدراسة بوضع إطار مقترح للعمل مع مرضى الأمراض المزمنة الذين يعانون من انخفاض قيمة الذات لتعديل مفهوم الذات انطلاقاً من مدخل العلاج المتمركز حول العميل وتوصلت الدراسة إلى زيادة قدرة المريض على التكيف الاجتماعى والعاطفى واستعادة قيمة ذاته وتخفيض حدة الخوف والقلق وتخفيف الضغوط النفسية ورفع الروح المعنوية من خلال إذكاء الرغبة فى الشفاء وغرس الأمل واستعادة الثقة بالنفس وتحقيق التوازن والتكامل وعدم استخدام الحيل الدفاعية التى تنكر الخبرات أو تشوهها والوصول إلى درجة من الكفاءة الإجتماعية فى أداء وظائفها الاجتماعية.

٢-**دراسة كارلين ويليام** karlin williom ٢٠٠١[٧]:استهدفت هذه الدراسة التعرف على أوجه الدعم الاجتماعى الذى يقدمه الاخصائيون الأجتماعيون والمشرفون للمرضى المصابين بأمراض القلب وضغط الدم فى أماكن العمل. وتم تطبيق هذه الدراسة على ٧٠ مريض من المصابين بأمراض مزمنة (٣٦ من العاملين الذكور)، (٣٤ من العاملات السيدات) فى إحدى الولايات فى مدينة نيويورك، واوضحت نتائج الدراسة أن المساندة

الإجتماعية المقدمة للمرضى العاملين أدت إلى تخفيض معدلات ضـــغط الدم لديهم وتقليل الإستجابات الحادة المرتبطة بمرضى القلب مما أدى إلى تحسين وظائف القلب لدى المرضى.

٣-**دراسة سبل سكوت** spell scott ٢٠٠١ [٨]: استهدفت هذه الدراســة اكتــشاف مدركات الأخصائيون الاجتماعيون حول أسباب عــدم قبــول المرضـــى للعلاج فى المراحل النهائية من مرض الفشل الكلوى وطبقت هذه الدراسة على عينة مكونة من (٣٢) أخصائى اجتماعي وهم يمثلون أعضاء فـــى مجلس إدارة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع مرضى الكلـــى-وتـــم تطبيق اداة الاستبيان الخاصة بجمع البيانات عليهم للتعرف على اتجاهات ومدركات هؤلاء الأخصائيين الاجتماعيين.

وأوضحت النتائج أن أهم العوامل وراء رفض المرضـــى لتلقـــي العلاج هي الإصابة بأمراض صحية أخري، الظروف الاجتماعية، الحالة التعليمية والاقتصادية للمريض وشملت المتغيرات الأخـــري للبحـــث رد الفعل الانفعالي للمريض والمرتبط بتأثير الدواء علي نمط الحياة للمريض وتأثيره علي نظره المريض للحياة بصفة عامـــة وأشـــار الأخـــصائيون الاجتماعيون أنه لعلاج رفض المرضى لتلقي الدواء يجب أن يتم تقـــديم توعية وتثقيف لهم بخطورة ذلك عليهم بالإضافة إلـــي تقـــديم المـــساندة الاجتماعية للمرضي وأسرهم.

٤-**دراسة جوردن فليـــبس وآخـــرون** Gordon,phyllisA,Feldman,etal ٢٠٠٢: [٩] استهدفت الدراسة التعرف على الدور الذى تلعبه المعتقدات الدينيـــة فـــى مواجهة الأمراض المُزمنة والتعرف على الطرق التى يواجه به المرضى أمراضهم المزمنة، وتكونت العينة من ٤٠ امرأة لديهن أمراض مزمنـــة (روماتيزم-هشاشة عظام-مرض التصلب المتعدد) وقد تراوحت أعمارهن من (٨-٧٩) عام، وكشف نتائج الدراسة عن الدور الهام للمعتقد الـــدينى فى التعايش مع المرض المزمن فقد وجد أن اكثر النساء اللاتى تعـــاملن بشكل جيد مع المرض المزمن كان لديهن معتقدات دينية قوية فى حـــين وجد أن أغلب النساء اللاتى تعاملن مع المرض بشكل سيء كان الدين لديهن

غير مهم أو ليست لديهن معتقدات دينية.

٥ـدراسة ويبلن وآخرون Wa,blen and others ٢٠٠٤ [١٠]: اهتمت هذه الدراسة بالتعرف على الأثار المترتبة على المرض المزمن والتى تؤدى إلى الإصابة بالاكتئاب لدى عينة من كبار السن الصينين المهاجرين، وتم جمع البيانات من عدة مؤسسات اجتماعية ودينية متنوعة فى منطقة بوسطن الكبرى وبلغ حجم العينة ١٧٧ شخص من المهاجرين المتحدثين باللغة الصينية كبار السن وتم تطبيق قياس من اعداد مركز الدراسات الاجتماعية المتعلقة بالاكتئاب لقياس الأعراض المسببة للاكتئاب وأوضحت النتائج أن الأمراض المزمنة لها تأثيرات مختلفة على درجات الاكتئاب التى تم الحصول عليها على المقياس السابق بالنسبة للمبحوثين من الذكور والإناث.

وأوصت الدراسة بضرورة أن يراعى كلاً من المعالجين فى الخدمة الاجتماعية أو الطبية أو النفسية الأثار الناتجة عن المرض المزمن أثناء التدخلات التى تتم لمواجهة الأكتئاب.

٦ـدراسة كريمر ٢٠٠٥ B.J Kramer: [١١] استهدفت هذه الدراسة التعرف على التحديات التي تواجه تقديم الرعاية فى المراحل النهائية للمرضى المسنين ذوى الدخل المنخفض والذين يعانون من الأمراض المزمنة واستخدمت هذه الدراسة منهج دراسة الحالة مع خمس مجموعات بؤرية من المرضى يعمل معهم فريق عمل متكامل وبلغ عدد المبحوثين من المرضى ١٢٠ مريض بالأمراض المزمنة من المسنين، وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن اهم التحديات التي تواجه المرضى المسنين هى:-

أ-طبيعة المرض المزمن المتقدم. ب-عدم كفاءة أنظمة تقديم الخدمات.

ج-سمات وخصائص واحتياجات المرضى أنفسهم واحتياجات أسرة المريض المركبة والمعقدة.

و-صعوبات الحصول على أفضليات الرعاية المميزة التي يديرها المريض.

٧ـدراسة ماليو جلين Mclaughlin.T.Jandothers٢٠٠٥: [١٢] وركزت هذه الدراسة على فاعلية التدخل المهنى للأخصائيين الاجتماعيين والأطباء

النفسيين فى تقليل التوتر النفسي المصاحب للمرض المزمن لدى مرضى القلب. وطبقت الدراسة على عينة من المرضى بعد خروجهم من المستشفى بمدة شهر واحد لتحديد المخاوف لدي المرضى المصاحبة للمرض وتخفيف حدة القلق والتوتر لدي المرضى وطبقت الدراسة لمدة ٦ شهور.

وأكدت نتائج الدراسة على أن الجماعة التجريبية حدث لديها تحسن بنسبة ٢٧% على بعد أعراض الاكتئاب وأيضاً ٢٧% على مؤشر أعراض القلق، ٣٨% تحسن على الظروف الأسرية.، وأوضحت النتائج أن التدخل كان له تأثير متوسط على الأبعاد الوظيفية والانفعالية للمرضى والتى تم ملاحظتها خلال الفترة الحرجة من حياة المرضى.

٨-**دراسة كاسترال وآخرون** casteral, constantA ,etal ٢٠٠٦: [١٣] استهدفت الدراسة المقارنة بين درجة التوتر الناتج عند معرفة الشخص بإصابته بمرض الالتهاب الوبائى الكبدى المزمن وإدراكه لشدة المرض وخطورته وبين درجة التوتر الناتجة عن بعض أحداث الحياة المجهدة (وفاة قريب عزيز-الطلاق-الفصل من العمل-فقد المنزل) وبعض الأمراض المزمنة (السكرى-ارتفاع ضغط الدم-الإيدز-السرطان) وتكونت عينة الدراسة من ١٨٥ مريض من مرضي الالتهاب الكبدي الوبائي المزمن وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تشخيص الالتهاب الوبائى الكبدى أكبر بكثير من درجة التوتر الناجمة عن السكرى أو ضغط الدم أو الفصل من العمل أو فقد المنزل.

٩-**دراسة براون وآخرون** Brown Ronald and others ٢٠٠٧ [١٤]: استهدفت هذه الدراسة التعرف على الظروف المرتبطة بالمرض المزمن لدى المريض من الأطفال والمراهقين المصابين بأعراض مزمنة منذ سن مبكر لما لها من تأثير على أسلوب ونمط حياتهم مستقبلاً وخاصة فى حالات الإصابة ببعض الأمراض المزمنة مثل الربو، السرطان، السكر نتيجة لما يرتبط بهم من مخاطر، وأوضحت هذه الدراسة إن للخدمة الاجتماعية دور هام فى العمل مع المريض والأسرة للتخفيف من أثار الإصابة بالمرض.

المحور الثانى: دراسات تناولت جودة الحياة:

١٠ـدراسة راندال Ringdal ١٩٩٩ [١٥]: استهدفت هذه الدراسة استكشاف العلاقة بين التدين وتمسك مرضى السرطان بالحياة وطبقت الدراسة على عينة مكونة من ٢٥٣ مريض من المرضى بالسرطان، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة طردية بين التدين والرضا العام عن الحياة (الأكثر تديناً أكثر رضا عن الحياة)، وجود علاقة سلبية بين التدين واليأس، عدم وجود علاقة بين التدين وخمس متغيرات هى (جودة الحياة-الأداء المعرفي-القلق-الاكتئاب-الآداء الاجتماعي).

١١ـدراسة العارف بالله محمد الغندور ١٩٩٩ [١٦]: تناولت هذه الدراسة أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة حيث توصل الباحث فيها إلى أن نوعية الحياة الجديدة فى ظروف عالم متغير أصبحت تحتاج إلى أسلوب جديد فى حل المشكلات غير الطرق التقليدية.

١٢ـدراسة سامى هاشم ٢٠٠١ [١٧]: تناولت هذه الدراسة جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة، وتكونت العينة من (٦٢) معاقاً طبق عليهم مقياس جودة الحياة من إعداد الباحث ومقياس القدرة على التكيف والتمسك الأسرى من إعداد أو لوسن وآخرون. وقد أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الذكور والإناث فى جودة الحياة، وأن المسنين أقل إدراكاً بجودة الحياة من طلاب الجامعة، وعدم وجود فروق فى جودة الحياة بين المقيمين فى الريف أو الحضر كما وجدت علاقة ارتباطيه موجبة بين جودة الحياة والتكيف الأسرى.

١٣ـدراسة حسام الدين محمود عزب ٢٠٠٤ [١٨]:استهدفت هذه الدراسة العلاقة بين خفض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى عينة من طلاب كلية التربية (السنة الثالثة والرابعة) من خلال فنيات الإرشاد التكاملي وتكونت العينة من (٣٠) طالب تتراوح أعمارهم ما بين (٢٠-٢٢ عاماً) بمتوسط عمر زمنى قدره (٢١عاماً) وكلهم من الذكور تم تقسيمهم إلى جماعتين، جماعة تجريبية تكونت من (١٥ طالب)، مجموعة ضابطة تكونت من (١٥طالب) ولقد راعى الباحث المجانسة بين أفراد العينة فى المستوى الاقتصادي

والاجتماعي واستخدم الباحث مقياس جودة الحياة من تصميمه والبرنامج الإرشادي المعد للدراسة وتوصلت نتائج الدراسة إلي وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج على المقاييس المستخدمة فى البرنامج وهذه الفروق لصالح نتائج القياس بعد تطبيق البرنامج.

١٤-**دراسة ميرفى** Murphy ٢٠٠٦[١٩]: وتناولت هذه الدراسة مقارنة استخدام مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة (Whowol-100) وعلاقته بفاعلية الذات وتقدير الذات لدى عينتين شملت الأولى (٥٢) فرداً من مستخدمى الخدمة الصحية العقلية، وشملت العينة الثانية (٥٢) من العاديين، طبق عليهم مقياس جودة الحياة ومقياس "روزبنرج" للفاعلية العامة للذات، وقد أظهرت النتائج وجود فروق فى مستوى جودة الحياة وكذلك فى فاعلية الذات وتقدير الذات بين العينة المرضية والعينة العادية حيث سجلت عينة المرضى مستويات اقل فى إدراك جودة الحياة مقارنة بالعاديين.

١٥-**دراسة شميدت وبور** Schmidt,S. & Power, ٢٠٠٦[٢٠]: استهدفت هذه الدراسة معرفة محددات جودة الحياة والصحة النفسية فى المجتمع الأوربى من خلال مشروع (Eurohis) وتكونت العينة من (٤٨٤٩) من الراشدين فى عشر دول أوروبا الغربية والشرقية وأظهرت النتائج وجود علاقة أرتباطية موجبة بين مستوى الرعاية الصحية والصحة النفسية وجودة الحياة كما وجدت فروق فى مستوى جودة الحياة بين دول اوروبا الغربية والشرقية تعود إلى الرعاية الصحية والفروق الثقافية وأسلوب الحياة، وأن الصحة النفسية عامل قوى للتنبؤ بمستوى جودة الحياة.

١٦-**دراسة هشام إبراهيم عبد الله** ٢٠٠٨[٢١]: تناولت هذه الدراسة جودة الحياة فى علاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة من الراشدين وتكونت عينة الدراسة من (٣٧٣) طالب وطالبة من طلاب الفرقة الرابعة بكلية التربية والدبلوم التربوى بجامعة الملك عبد العزيز بالمملكة العربية السعودية وراعى الباحث التحقق من صدق وثبات المقاييس المستخدمة فى الدراسة وتوصلت هذه الدراسة إلى وجود تأثير للنوع على بعض أبعاد

جودة الحياة حيث وجد الباحث أن الإناث اقل إدراكاً من الذكور لبعض أبعاد جودة الحياة (الصحة الجسمية-أنشطة الحياة اليومية-الصحة النفسية).

كما توصلت الدراسة إلى أن الصحة النفسية هى العامل الأكثر أهمية فى التنبؤ بجودة الحياة والإحساس بالرفاهية والسعادة والرضا عن الحياة، وأن احساس الفرد بالصحة النفسية يزيد من قدرته على إدراك الحياة.

التعقيب على الدراسات السابقة: من خلال استقراء وتحليل الدراسات السابقة يمكن استخلاص ما يلى:

اشتملت البحوث والدراسات السابقة على أنواع متعددة من البحوث المرتبطة بالأمراض المزمنة والدعم الاجتماعى لهؤلاء المرضى وذلك على النحو التالى:-

-بعض الدراسات تناولت تعديل مفهوم الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة عن طريق تحقيق التوافق الاجتماعى والعاطفى والتخفيف من حدة الخوف لديهم وصولاً إلى درجة مناسبة من الكفاءة الاجتماعية فى آداء وظائفه.

-اهتمت بعض الدراسات بالتعرف على العوامل المؤدية إلى رفض المرضى للعلاج فى محاولة للتخفيف من العبء الواقع عليهم وتقديم توعية وتثقيف للمرضى بخطورة ذلك وتقديم المساندة الاجتماعية للمرضى بأمراض مزمنة وأسرهم.

-بعض هذه الدراسات تناولت دور المعتقدات الدينية فى مواجهة الأمراض المزمنة وأهمية المعتقد الدينى فى التعايش مع المرض المزمن.

-أما الدراسات المرتبطة بجودة الحياة قد دلت على وجود ارتباط موجب بين الحالة الصحية للمريض وجودة الحياة والتكيف الأسرى والتدين وتحقيق الذات.

-بعض هذه الدراسات تناولت تقديم برامج للرعاية الصحية لتحسين جودة الحياة وزيادة إحساس الفرد بالرفاهية والسعادة والرضا عن الحياة.

-نلاحظ على الدارسات السابقة ندرة الدراسات التى تناولت استخدام

التكنيكات والأساليب والإستراتيجيات الخاصة بطريقة خدمة الجماعة وتجنيدها فى تحسين جودة الحياة من خلال تغيير اتجاهات ومفاهيم المريض.

وقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة فى تحديد مشكلة الدراسة وتحديد اهدافها ومفاهيم المقياس ومناقشة نتائج الدراسة من خلال عرض أوجه الاتفاق أو الاختلاف بين تلك الدراسات السابقة والدراسة الحالية.

خامساً: مفاهيم الدراسة:

١-**مفهوم المرض المزمن** Chronic Disease تعددت تعريفات المرض المزمن على النحو التالى:

- يعرف فوكسال، أكبرج، جريفيت Foxall, M. J.et al المرض المزمن بأنه حالة مرضية تزداد تدهورا ولا تستجيب للعلاج، ويكون هناك آثار للإعاقة ويحتاج علاجاً طويل المدى ورعاية صحية.(٢٢)
- بينما يصف لانكاستر Lancaster. L.E. (١٩٨٨) المرض المزمن بأنه يحدث تدريجيا، ويستغرق عدة أشهر أو سنوات لكى تظهر الأعراض والعلامات التى تغير نمط الحياة.(٢٣)
- ويعرف المركز القومى الأمريكي للإحصاءات الصحية (١٩٩٣):

الأمراض المزمنة هى: التى تستمر لفترة طويلة تمتد إلى ثلاثة أشهر أو أكثر، ولا يمكن الوقاية منها عن طريق اللقاحات، أو علاجها عن طريق الأدوية، كما أنها لا تختفى تماما.(٢٤)

- بينما تعرف ماجدة سعد متولى (١٩٩٧) الأمراض المزمنة بأنها تلك الأمراض التى تلازم الإنسان لفترة طويلة من حياته، والتى تحدث تأثيرات مباشرة وسيئة على الصحة العامة للإنسان، وتسبب له مشاكل صحية واجتماعية ونفسية واقتصادية، ولا يستطيع المصاب بها القيام بأدواره المعتادة.(٢٥)

وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) الأمراض المزمنة بأنها تلك الأمراض ذات الفترة الطويلة ويصاحبها تحسن بطئ جدا بشكل عام وتشكل

الأمراض المزمنة نسبة ٦٠% من حالات الوفاة على مستوى العالم سنويا.

وتعتبر الأمراض المزمنة من الأسباب الرئيسية للوفاة على مستوى العالم وهى تسبب للبلدان النامية عبئا يضاف إلى عبء الأمراض المعدية التى لا تزال تؤثر بشدة على البلدان الأكثر فقرا فى العالم.

ويعتبر الانتشار المتزايد لأمراض مثل (السكر ـ أعراض القلب ـ الأوعية الدموية ـ السرطانات ـ أعراض الرئة المزمنة) مسئولا عن ٦٠% من الوفيات فى العالم وهذه الأمراض تحمل المخاطر العديدة لبلدان العالم وتؤثر على التنمية الاقتصادية والاجتماعية لمختلف شعوب العالم، إلى جانب ما تسببه من إعاقات وتشوهات ووفيات لملايين البشر.[٢٦]

من خلال استعراض التعريفات السابقة تلاحظ الباحثة أن المرض المزمن ليس اسما لمرض بعينه بل هو مصطلح عام يصف طول مدة المرض وأعراضه، ولذلك ترى الباحثة أن المرض المزمن بصفة أساسية هو أى مرض يستمر لفترة طويلة -غالبا لنهاية الحياة- وينتج عنه ضعف أو عجز وظيفى والشفاء فيه مستبعد، ويتطلب الرعاية الصحية والمتابعة الطبية المستمرة، ويؤثر فى نواحى عديدة من الحياة، ويكون مصحوبا غالبا بالاضطرابات النفسية والجسمية والاجتماعية.

٢ـ مفهوم جودة الحياة:

عرفها ليهمان (١٩٩٨) بأنها الإحساس بالرفاهية والرضا التى يشعر بها الفرد فى ظل ظروفه الحالية. [٢٧]

يعرف باستشير Passchier ٢٠٠٠ جودة الحياة كمفهوم على أنها ذلك الكل المركب الذى يتألف من مجموعة الجوانب المختلفة التى ترتبط ارتباطا وثيقا بالإنسان كالصحة العامة ودرجة الألم والرضا عن الحياة وما يقوم به الفرد من دوراً اجتماعياً وكذلك العلاقات الشخصية المتبادلة والأنشطة المهنية واليومية التى يمارسها الفرد ويلاحظ أن هذا المفهوم يركز على المؤشرات المرتبطة بالصحة وإدراكها كجانب مهم من جوانب نوعية الحياة وأساسا يتم من خلاله قياس نوعية حياة الفرد. [٢٨] ومن منطلق علم النفس الاجتماعى فإن نوعية الحياة تعنى الأحوال الحسنة والسيئة التى يشعر بها

الفرد والتى تتوقف على مدى شعوره بإشباع حاجاته وإدراكه الذى يعبر عن تقويمه ومشاعره واتجاهاته واستجابته للحياة ككل. (٢٩)

وتحدد منظمة الصحة العالمية مفهوم جودة الحياة بأنها فهم الأفراد لمكانتهم فى الحياة فى سياق النظام القيمى والثقافى الذى يعيشون فيه وفيما يتعلق بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم ومخاوفهم فهو مفهوم ذو مدى واسع يتأثر على نحو معقد بالصحة الجسدية للفرد وحالته النفسية ومستوى استقلاله وعلاقاته الاجتماعية وعلاقاته بالهيئات البارزة فى بيئته.(٣٠)

أما طلعت السروجي فيرى أن المفهوم الجيد لنوعية الحياة يشمل الأغراض والظروف والأوضاع الكيفية لمستوى الأفراد والمجتمع اجتماعيا وصحيا واقتصاديا وموقف الأفراد وتقبلهم للبيئة الخارجية بمتغيراتها المختلفة ومن ثم فإن نوعية الحياة تعنى المؤشرات الكيفية والكمية بمدلولاتها للأوضاع والظروف الاجتماعية والصحية والاقتصادية والتفاعل بين هذه الظروف وانعكاساتها على درجة إنتاجية الفرد ومشاركته الفعالة، ودرجة تقبل ورضا الأفراد والمجتمعات لهذه الظروف ودرجة إشباعها لتوقعاتهم وأهدافهم فى الحياة.(٣١)

كما يعرفها حسنى مصطفى عبد المعطى بأنها مجموعة تقييمات الأفراد لجوانب حياتهم اليومية فى وقت محدد وفى ظل ظروف معينة وإدراكهم لمكانتهم ووضعهم فى الحياة فى محيط المنظومة الثقافية والقيمية التى يعيشون فيها وعلاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم فى ضوء تقييمهم للجوانب التالية: (٣٢)

١-الرضا عن الحياة.	٢-الأنشطة المهنية.	٣-أنشطة الحياة اليومية.
٤-السعادة.	٥-الأعراض النفسية.	٦-الحالة المادية.
٧-المساندة والعلاقات الاجتماعية.		

ويفسرها لونجست (٢٠٠٨) بأنها: قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية. (٣٣)

كما عرفها صبحى الكافورى بأنها حالة من الرضا العامة التى يعيشها

الفرد نتيجة تقييمه لمستوى إشباع مختلف حاجاته المادية والمعنوية من خلال مصدرين أساسيين فى الحياة: [٣٤]

المصدر الأول: وضعه الاقتصادى والاجتماعى.

المصدر الثانى: وضعه النفسى الاجتماعى مع الجماعات المختلفة التى ينتمي لها.

وفى البحث الراهن تعرف جودة الحياة بأنها شعور الفرد بالرضا عما عليه من حالة نفسية وجسدية واجتماعية واقتصادية مع اختلاف الظروف التى يتعرض لها فى حياته وقدرته على التكيف الإيجابى مع الواقع.

٣ـمفهوم المناقشة الجماعية:

تعرف المناقشة الجماعية بأنها الحوار الكلامى الذى يدور بين عدد من الأشخاص بغرض الوصول إلى حالة من الفهم المتبادل لموضوع ما أو لحل مشكلة معينة، وتحدث المناقشة عندما يجتمع عدد من الأشخاص وجها لوجه يتبادلون المعلومات أو يحاولون الوصول إلى قرار بشأن مشكلاتهم المشتركة وذلك من خلال التفاعل اللفظى.[٣٥]

كما تشير المناقشة الجماعية إلي جماعة صغيرة من الناس يتصلون ويتفاعلون معاً وجها لوجه لتحقيق أهداف الجماعة [٣٦] وتعتبر المناقشة الجماعية طريقة فعالة لحل المشكلات وإيجاد الخطط لإشباع الاحتياجات.

وتستخدم المناقشة الجماعية فى تغيير اتجاهات الأعضاء داخل الجماعة حيث يمكن للأخصائى الاجتماعى استخدام المناقشة الجماعية فى تغيير أعضائها من خلال إتاحة الفرص المختلفة للأعضاء للتعبير عن آرائهم وأفكارهم بحرية كما أنها تساعد على تبادل الآراء والأفكار حول موضوعات مختلفة مما يساعد الأعضاء على تكوين رأى جديد، كما ينمو لديهم الوعى بالاتجاهات والمعتقدات الخاصة التى تؤثر عليهم مما يدفعهم إلى العمل والسعى لتعديل هذه الاتجاهات عن طريق الإقناع.[٣٧]

ومن خلال المناقشة الجماعية يمكن تحقيق العديد من الأهداف والأغراض، فهى وسيلة هامة لاكتساب العديد من المعلومات، وتغير الاتجاهات، وتدعيم وتنمية القيم المرغوبة، والعمل على مواجهة المشكلات

وإحداث التغييرات المقصودة فى أعضاء الجماعات واكتساب العديد من المهارات.

وتستخدم المناقشة لإجماع الأعضاء علي حل مشترك للمشكلة فمن خلال المناقشة الجماعية تقدم مختلف المعلومات ذات الصلة بالمشكلة والحلول المختلفة لها حيث يتفق الأعضاء علي خطة عمل معينة بشأن حل هذه المشكلة المعروضة.

كما تعرف المناقشة بإنها وسيلة أساسية فى طريقة العمل مع الجماعات حيث أنها نشاط تعاوني يشترك فيه أعضاء الجماعة علي أساس من الحرية والشعور بالمساواة.

وتقصد الباحثة بالمناقشة الجماعية في هذا البحث:

١-إتاحة الفرصة للمرضي بأمراض مزمنة للتعبير عن مشاعرهم بحرية.

٢-محاولة تبصير الجماعة بأن المرض ليس شراً وإنما فيه خيراً أيضاً.

٣-عملية فكرية جماعية يعالج بها أفراد الجماعة مشكلاتهم بطريقة تعاونية والتبصير بأهمية الصبر علي المرض والأسباب المعينة عليه.

٤-التعرف علي أسباب الشفاء المادية والشرعية وتقوية الأمل في الشفاء ومناقشة آليات الحياة الطيبة مع المرض.

سادساً: الإطار النظري للدراسة:

حجم المشكلة عالمياً: معْ بزوغ فجر الألفية الثالثة تجتاح الأمراض المزمنة العالم بأسره، مع اتجاه متزايد للانتشار فى البلدان النامية، ويتوقع بحلول عام ٢٠٢٠م أن تكون هذه الأمراض سبباً لوفاة سبع من كل عشر حالات وفاة فى البلدان النامية، وأن تستحوذ على ٨٠% من العبء العالمى للمرض.[٣٨]، وبصفة خاصة تتزايد الأمراض غير السارية-المزمنة-، كالأمراض القلبية الوعائية، والسكرى، والسرطان، و الأمراض الكلوية، والجينية، والتنفسية تزايداً ملموساً فى إقليم شرق المتوسط ومصر هى إحدى الدول الشرق أوسطية، حيث أن ٤٧% من عبء المرض الحالى فى الإقليم تعزى إلى الأمراض غير السارية، ومن المتوقع أن يتزايد عبء هذه الأمراض بحيث

يصل إلى ٦٠% بحلول عام ٢٠٢٠م.[٣٩]

ويشير تقرير منظمة الصحة العالميـــة (٢٠٠٣) إلـــى أن الأمـــراض المزمنة ساهمت فى سنة ٢٠٠١م فى حدوث وفاة ٦٠% من مجموع الوفيات المبلغ عنها فى العالم وقدرها ٥٦,٥% مليون حالة، وســاهمت فـــى زهـــاء ٤٦% من عبء الأمراض العالمي، ومن المتوقع أن تزيـــد نـــسبة عـــبء الأمراض غير المعدية المزمنة إلى ٥٧% بحلول سنة ٢٠٢٠م، وأن تمثـل الأمراض المزمنة بحلول ٢٠٢٠م ثلاثة أرباع جميع الوفيات التي تحدث على نطاق العالم، وأن ٧١% من الوفيات الناجمة عن الإصابة بمـــرض القلـــب، ٧٥% من الوفيات الناجمة عن السكتة الدماغية، ٧٠% من الوفيات الناجمـــة عن مرضى السكر ستحدث فى بلدان نامية، وسوف يزيد عدد المصابين فى العالم النامي بمرض السكر بأكثر من مرتين ونصف، من ٨٤ مليوناً فى سنة ١٩٩٥ إلى ٢٢٨ مليوناً فى سنة ٢٠٢٥، وعلى نطاق عالمي سيحدث ٦٠% من عبء الأمراض المزمنة فى البلدان النامية[٤٠].

ويذكر يوك وآخرون (٢٠٠٤) Yach E , et al أن الأمراض المزمنة هى أكبر سبب للوفاة فى العالم، ففى عام ٢٠٠٢ كانت الأمراض المزمنـــة- أمراض القلب والشرايين والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة والسكرى- سبباً فى وفاة ٢٩ مليون حالة فى جميع أنحاء العالم، فالأمراض المزمنة تمثل على الصعيد العالمي أكبر سبب منفرد للوفيات فى السكان فى سن العمل.[٤١]

سمات الأمراض المزمنة:يحدد بيتر شولتس وديرك هليهامر (١٩٩٦):[٤٢] السمات التي تميز الأمراض المزمنة عن غيرها من الأمراض وهى:

١ـ**الأسباب**: فى حين أنه يتم تسبيب الأمراض المعدية من خـــلال الفيروســـات والجراثيم، فإن هناك علاقة وثيقة بين غالبية الأمراض المزمنة وبين نمط الحياة والسلوك والعوامل النفسية والاجتماعية وإرهاقات المحيط.

٢ـ**مدى القابلية للتنبؤ**: فى حين أن الأمراض المعدية تظهر على سبيل المثـــال بصورة حادة وسريعة وتستمر لفترة قصيرة وتأخذ مجرى قابلاً للتنبؤ إلى حد ما، فإن أغلب الأمراض المزمنة تظهر بشكل بطيء وعلى دفعـــات، فإذا ما ظهرت فإنها تستمر لفترة طويلة، على الأغلب طوال الحياة، علماً

أن مجراها غير قابل للتنبؤ فى أغلب الحالات.

٣ـ**عدم ضمانة نتائج العلاج**: ليس من السهل عادة غزو الأمراض المزمنة إلى أسباب بسيطة ووحيدة السبب، فهى أمراض متعددة الأسباب، ويتعلق مجراها بمجموعة مركبة من عوامل التأثير الجسدي والنفسى والاجتماعي، ومن هنا فإن إجراءات العلاج الأكيدة صعبة ويتعلق النجاح بشكل أكبر من الأمراض المعدية التقليدية بمدى إسهام المتعالج الفاعل فى العلاج.

٤ـ**عدم الشفاء**: تتميز الأمراض المزمنة بأن التضرارت الحاصلة فيها لا يمكن اصلاحها فى أغلب الحالات، لهذا فإن الإجراءات الطبية لا تهدف إلى الإعادة للحالة السوية، وإنما إلى مساعدة المريض كي يعيش مع مرضه.

٥ـ**التكاليف**: ليست معالجة الأمراض المزمنة معالجة طويلة الأمد فحسب، وإنما تتطلب بشكل خاص أشخاصاً مؤهلين تأهيلاً خاصاً ووجود أجهزة طبية عالية، الأمر الذي يؤدى إلى مصاريف كبيرة للعناية بالمرضى بأمراض مزمنة.

٦ـ**الإرهاق**: بما أن الأمراض المزمنة تستمر طويلاً، وغالباً ما تكون مهددة للحياة، وقلما يكون مجراها قابلاً للتنبؤ، فإنها غالباً ما تشكل ارهاقات شديدة ليس للمريض فحسب وإنما لأسرته كذلك، وتنتج هذه الإرهاقات عن التهديد المستمر من خلال المرض من جهة، ومن جهة ثانية من خلال التقييدات الشديدة المستثاره بالمرض وتدل السمات المذكورة على المظاهر المتنوعة والمشتركة للأمراض المزمنة، ولكن لابد من التأكيد على الفروق: فالأمراض المزمنة المختلفة مرتبطة بأعراض مختلفة، وتقود إلى قيود وتصنيفات مختلفة فى أسلوب الحياة، فبعضها يكون مهدداً للحياة (كعدوى الإيدز)، فى حين أن بعضها الآخر لا يكون كذلك، وكثير منها قابل للملاحظة (امراض الروماتيزم)، بينما لا تكون امراض أخرى كذلك، غير انها تحمل فى طياتها خطر الإصابة بنوبة مفاجئة لا يستهان بها (السكرى، الصرع). أما الفروق الكبيرة فتكمن فى مجرى هذه الأمراض: فبعضها يتصف بالبدء البطىء المتخفى، والازدياد سوءاً

بصورة تصاعدية، وينقطع من خلال أطوار تحسن (كتصلب الشرايين والكثير من أمراض الروماتيزم)، فى حين أن أخرى بالمقابل تبدأ بحادث مأساوي يعقبه طور راحة يستمر طويلاً (النبحة القلبية مثلاً)، وأمراض غيرها تسير بصورة متباينة جداً وقلما يمكن التنبؤ بها.

وترى الباحثة أن الأمراض المزمنة تتسم بمجموعة من الخصائص هي:

١-أن لها أسباب معقدة، وغالباً ما تكون أكثر من سبب واحد.

٢-أن لها فترات كمون طويلة.

٣-أنها طويلة الأجل ومستمرة وتؤدى لتدهور تدريجي للصحة.

٤-أنها تبدأ عادة تدريجية، لكنها يمكن أن تبدأ فجأة وعلى مراحل قصيرة وحادة.

٥-أنها تحدث فى كل الأعمار، وإن كانت تحدث بنسبة أكبر فى المراحل المتقدمة من العمر.

٦-أنها تؤثر فى جودة الحياة من خلال القيود المادية والعجز الذي تسببه.

٧-أنها تعد السبب الأكثر شيوعاً للوفاة المبكرة فى العالم، ولاسيما دول العالم الثالث.

٨-أنها تصاحبها غالباً اضطرابات نفسية متعددة.

٩-أنها مكلفة مادياً على مستوى الدول والأفراد.

١٠-انها تحتاج إلى متابعة طبية مستمرة وعلاج دائم.

تصنيف الأمراض ومراحل تطور عملية المرض:

يصنف وسيم خليل قلعجية (١٩٩٧) الأمراض بصفة عامة حسب مجموعة من الأسس هي:- (٤٣)

١-**السبب المرضي**: وذلك عبر تجميع أسباب المرض فى مجموعات عدة مثل: الأمراض الوراثية، الأمراض المعدية.

٢-**الموقع الطبوغرافى التشريحي مثل**: أمراض القلب والشرايين، أمراض الرئة، أمراض الكلى.

٣-**السن والجنس**: وذلك عن طريق الفصل بين الأمراض التي تصيب الإنسان فى مراحل حياته المختلفة مثل أمراض الأطفال حديثى الولادة، أمراض الأطفال والأولاد، أمراض الشيخوخة، الأمراض النسائية.

٤-**مناطق التوزيع الجغرافى لسكن الإنسان مثل**: الأمراض الأستوائية، أمراض المناطق الباردة، أمراض ساحل البحر المتوسط.

٥-**أشكال نشوء المرض مثل**: الأمراض السرطانية، الأمراض الالتهابية. -

بينما يقسم وسيم خليل (١٩٩٧) مراحل تطور عملية المرض إلى أربع مراحل هي:

١-مرحلة الحضانة. ٢-مرحلة ظهور أعراض المرض الأولى.

٣-مرحلة تكوين المرض. ٤-مرحلة نهاية المرض.

وهذه المراحل الأربع تنطبق عادة على الأمراض المعدية التي تختلف عادة عن مراحل ظهور أعراض الأمراض المزمنة (أمراض القلب، الأمراض السرطانية) التي تتوزع حركة تطورها على مراحل ثلاث:

١-مرحلة بداية المرض. ٢-مرحلة تكوين المرض.

٣-مرحلة نهاية المرض.

أولاً: مرحلة حضانة المرض: تمتد من لحظة تفعيل أسباب المرض حتى ظهور العلامات المرضية الأولى، هذه المرحلة تطول أو تقصر حسب نوع المرض أو حسب مسبب المرض وتكتسب هذه المرحلة أهمية خاصة فى الحالات التي يجب أن يبتدىء فيها العلاج الأكثر فاعلية بها علاج الأمراض السرطانية.

ثانياً – مرحلة بداية المرض: وهى المرحلة الزمنية التي تفصل ما بين ظهور أوائل العلامات المرضية واكتمال ظهور جميع العلامات المرضية وفى حالة الأمراض المزمنة تفقد هذه المرحلة أهميتها التشخيصية.

ثالثاً: مرحلة تكوين المرض: تشكل هذه المرحلة فترة نضوج العوارض المرضية وظهورها بكافة الأشكال المميزة لكل مرض. هذه المرحلة تكتسب أهميتها كونها تشكل مرحلة اكتمال صورة المرض وتأكيد تشخيصه وكما فى المرحلة السابقة فإنه فى حالة الأمراض المزمنة يصعب تحديد هذه المرحلة ورصدها وتفريقها عن المرحلة السابقة لها.

رابعاً: مرحلة نهاية المرض: تقسم نهاية الحالة المرضية إلى النتائج التالية:

أ-**الشفاء التام**: وهى عودة الجسم إلى حالته الطبيعية التي كان عليها قبل نشوء الحالة المرضية نتيجة زوال أثار المرض وأسبابه.

ب-الشفاء المنقوص: يشكل حالة نوعية فرضتها عوامل ظهرت نتيجة لدخول الجسم مرحلة المرض والتي تركت بصماتها بشكل مؤقت أو بشكل دائم على جسم الإنسان وصحته، ويخضع الفارق ما بين الشفاء التام من المرض والشفاء المنقوص إلى عامل قياس نسبى لما ستؤول إليه حالة المريض بعد تماثله للشفاء (بتر ساق-إزالة ورم سرطانى،......).

ج-عودة المرض: تشكل عودة المرض نكسه صحية على طريق الشفاء، حيث تتميز بمعاودة ظهور العوارض المرضية لمرض معين أعتقد بأنه قد تم الشفاء منه، أكثر ما يظهر هذا الشكل من معاودة المرض فى حالات الشفاء المنقوص (حالات السل الرئوي-حالات التهاب الكبد-حالات الملاريا).

د-انتقال المرض إلى شكله المزمن: يشكل الانتقال بالمرض إلى شكله المزمن حالة تصاعدية بطيئة للعوامل المرضية الباقية بسبب الشفاء الناقص، والتي تشتد على فترات متباعدة، وهذا الشكل من المرض تفرضه عوامل نشوء المرض، وأسبابه، وحالة الجسم الدفاعية المستنفذه (الالتهابات الرئوية المزمنة، التهاب المفاصل المزمن، التهاب الكلى المزمن).

هـ-الموت

أسباب الأمراض المزمنة:

إن انتشار الأمراض المزمنة قاد إلى تغيير فى كيفية التعامل مع الأمراض، ففى فترة انتشار الأمراض المعدية كان التعامل مع مسبب محدد للمرض وبالتالى معالجته، أما الآن فإن مسببات الأمراض المزمنة تتصف بالتعدد وبارتباطها بالسلوك البشري، وكذلك هناك دور أساسي تلعبه المحددات الاجتماعية، والاقتصادية، والبيئية للصحة فى انتشار هذه الأمراض.[٤٤]

وتتميز الأمراض المزمنة بأنها معقدة الأسباب ولا يمكن إرجاعها إلى سبب وحيد، ورغم ذلك فإن الأمراض المزمنة يرتبط وجودها غالباً بمجموعة مشتركة من عوامل الخطر وهي: النظام الغذائى غير الصحي والخمول البدني وتعاطي التبغ والإفراط فى تعاطي المشروبات الكحولية والعوامل الاجتماعية، والاقتصادية الكامنة والعوامل البيئية.[٤٥]

وتشير منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٣) إلى وجود أدلة على أن

مخاطر الأمراض المزمنة تبدأ أثناء حياة الجنين فى الرحم وتستمر فى مرحلة الشيخوخة ولذلك فإن أمراض البالغين المزمنة تعكس تعرضهم التراكمى والمتمايز طيلة عمرهم لبيئات مادية واجتماعية ضارة. [٤٦]

وتقرر منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٥) أن عوامل الخطر الرئيسية التي يشكل وجودها حدوث الأمراض المزمنة بنسبة كبيرة هي: [٤٧]

١ـ **قلة النشاط البدني**: النشاط البدنى هو واحد من أهم الأشياء التي يمكن للشخص القيام به للبقاء فى صحة جيدة، فهو يساعد على السيطرة على الوزن، وخفض مخاطر الإصابة بأمراض القلب والشرايين والسكري، وبعض أنواع السرطان، وتقوية العظام والعضلات، وتحسين الصحة العقلية والمزاج، وتحسين القدرة للقيام بالأنشطة اليومية.

٢ـ **التغذية غير الصحية**:التغذية الصحية يمكن أن تساعد على خفض خطر الكثير من الأمراض المزمنة بما فيها أمراض القلب والسكتة الدماغية وبعض أنواع السرطان، والسكري، وترقق العظام كما أن زيادة استهلاك الفواكه والخضراوات يساعد فى تقليل مخاطر الإصابة بأمراض القلب وبعض أنواع السرطان كذلك.

٣ـ **تعاطي التبغ**:تعاطي التبغ هو أكبر سبب للأمراض المزمنة وهو المسئول عن الإصابة ببعض أنواع السرطان، وأمراض الجهاز التنفسى المزمنة.

الاحتياجات النفسية للمرضى بأمراض مزمنة:

تتمثل الاحتياجات النفسية للمريض بصفة عامة والمريض المزمن بصفة خاصة فيما يلى: [٤٨]

١ـ **الحاجة للأمان**: يصبح المريض عاجزاً نتيجة لأعراض جسدية فيحتاج إلى حماية مادية، ويشمل الأمان: التحرر من القلق كالقلق على أسرته أثناء مرضه، وكذلك القلق على عمله ومستقبله.

٢ـ **الحاجة إلى الحنان والعطف.**

٣ـ **الحاجة إلى الحرية والاستقلال**: فى المستشفى يجد المريض أن عليه أن يتنازل عن سيطرته على كل شيء وينصاع إلى ممرضة صغيرة فى السن فيختلف رد فعل المرضى نحو ذلك، فمعظم المرضى يتقبلون الأمر ويضبطون انفعالاتهم، بينما قد يصاب الآخرون بالإحباط ويتمثل حينذاك فى نقص المطالب، والاحتياجات، وهنا على الممرضة المساعدة لجعل هذه المرحلة سهلة بسيطة على المريض أن تعامله كأنه مريض راشد

وتسمح له بدرجة من الاستقلال والاعتماد على النفس.

٤ـ**الحاجة إلى المبادأة (أداء الخطوة الأولى)**: يلاحظ أن المريض فى المستشفى دائماً ما يطلب مناقشة مرضه ليس فقط من قبيل الفضول، ولكن لمعرفة طبيعة مرضه، وما سوف يتم بخصوص علاجه وخطوات ذلك العلاج، وكذلك تكلفته، والأمل فى شفائه مما يعاني وما إلى ذلك من أمور، ويحتاج المريض إلى إجابات لأسئلته بدون أن يخدع أو يقال له إنك لن تفهم هذه الأمور.

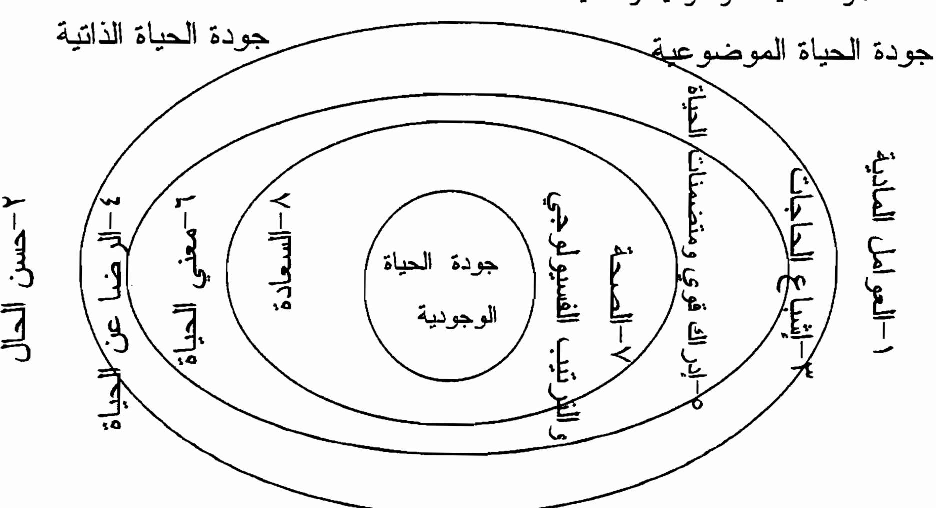
٥ـ**الحاجة للقبول**: يحتاج المريض إلى أن يكون مقبولاً من الناس، كما هو مقبول كإنسان له حقوق، ومهما كان مظهره الخارجي أو حالة مرضه أو مستواه الاجتماعي الاقتصادي أو نمط شخصيته، فإن الخطوة الأولى للعلاج لدى أي مريض هو شعوره بأنه مقبول.

٦ـ**الحاجة لتأكيد الذات**: يحتاج المريض إلى شعوره بتأكيد ذاته فلابد أن يعرف بوضوح أنه قد أقبل للمستشفى بنفسه، وأن الذين يقومون برعايته طبيا يؤمنون بقيمته كإنسان.

٧ـ**الحاجة للرعاية الإنسانية**: تعتبر الحاجة إلى الرعاية الإنسانية من الحاجات الأساسية للمريض وتشمل الرعاية الإنسانية الذوق، الاحترام، المجاملة، الحفاظ على كرامة المريض.

٣ـمظاهر جودة الحياة:

يمكن ملاحظة فكرة جودة الحياة فى شكل خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية وقد وضعت جودة الحياة الوجودية فى المنتصف لأنها توحد وتربط بين كل من جودة الحياة الموضوعية والذاتية.



وفيما يلى مظاهر جودة الحياة: [٤٩]

الحلقة الأولى: العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:

١ـ**العوامل المادية الموضوعية** Objective Factors: فجودة الحياة ترتبط بالعوامل الخارجية التى تشتمل على الخدمات المادية التى يوفرها المجتمع لأفراده إلى جانب دخل الفرد وحالته الاجتماعية والزواجية والصحية والتعليمية، وهذه العوامل عوامل سطحية فى التعبير عن جودة الحياة إذ ترتبط بثقافة المجتمع ودرجة تحضره، وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع الثقافة التى يعيشونها ومع المعايير الثقافية والحضارية التى يوفرها المجتمع.

٢ـ**حسن الحال** Well Being: هو أحد الخصائص المميزة لجودة الحياة الذاتية فعندما نلتقى مع بعضنا البعض نقدم التحية ونقول كيف حالك؟ إننا هنا نطلب من الفرد أن يقدم لنا تقريرا مختصرا عن جودة حياته، وهذا مقياس عام لجودة الحياة وهو أيضا مظهر سطحى للتعبير عن جودة الحياة إذ لابد أن نستتبعه بتفسير عن حسن الحال فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياتهم فى مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد.

٣ـ**إشباع وتحقيق الحاجات** Fulfillment of Needs: إن حاجات البشر ترتبط ارتباطا وثيقا بجودة الحياة وهى إحدى المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فإن جودة حياته ترتفع وتزداد. ولقد عرف بعض الباحثين جودة الحياة باعتبارها: "الدرجة التى عندها يكون الفرد راضيا عن إشباع حاجاته الفسيولوجية والنفسية المدركة"، بمعنى أن جودة حياة الناس تقاس بالدرجة التى يمكن معها مقابلة حاجاتهم ويشمل ذلك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء: كالطعام والشراب والمسكن والصحة، ويرتبط بعضها بالعلاقات الاجتماعية، كالحاجة إلى الأمن والانتماء والمكانة الاجتماعية والحب والقوة والحرية بالإضافة إلى الحاجة للتسلية والرفاهية وغيرها من الحاجات التى تتطلبها حياة الفرد ويحقق بها وجوده.

٤ـ**الرضا عن الحياة** Satisfaction of life: أحيانا يستخدم الرضا عن الحياة كمرادف لجودة الحياة، وهو بعد أعمق فى التعبير عن جودة الحياة من مجرد التعبير عن حسن الحال فالناس قد يعبرون عن الإحساس بالحياة الجيدة ولكنهم ليسوا فى حالة رضا تام، فقد يكون هناك شئ مثير للاستياء أو عدم الرضا والرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة فكونك راضيا يعنى أن حياتك تسير كما ينبغي وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته فى الحياة يشعر بالرضا، ويوصف الرضا عن الحياة باعتباره مدركات الفرد لحاجاته وتوقعاته التى تواجه تقييدات بيئته المحيطة به.

الحلقة الثالثة: **إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة**:

٥ـ**القوى والمتضمنات الحياتية** Life Potentials: يرى البعض أن أدراك القوى والمتضمنات الحياتية مفهوم أساسى لجودة الحياة فالبشر لكى يعيشوا حياة جيدة لابد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة بداخلهم، ويقومون بتنمية العلاقات الاجتماعية والعمل الهادف، ويقوم الفرد بتكوين أسرة ويمارس الناس الأنشطة الموجهة نحو أهداف وفق خطة محددة، وينشغلون بالمشروعات الهادفة سواء كانت قصيرة المدى أو طويلة المدى، ويكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت ويشعرون بالنجاح والإنجاز، ويستطيعون استغلال أوقات الفراغ بصورة إيجابية وما إلى ذلك وهذا كله من مؤشرات جودة الحياة.

٦ـ**معنى الحياة** Meaning In Life: مفهوم معنى الحياة مفهوم هام جدا من النادر أن يستخدمه الناس العاديون فنحن لا نتحدث عن معنى الحياة إلا مع أصدقائنا المقربين ويرتبط معنى الحياة بجودة الحياة فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين، وشعر بإنجازاته وبمواهبه وأن غيابه يسبب نقصا أو افتقاد الآخرين له أدى ذلك إلى إحساسه بجودة الحياة.

إن البحث عن معنى الحياة يستلزم تقبل الفرد دلالة أو عدم دلالة الحياة وإلزام الذات بالبعد عن كل ما ليس له دلالة ومعنى هذا الجانب أكثر عمقا داخل النفس.

الحلقة الرابعة: الصحة والبناء البيولوجى وإحساس الفرد بالسعادة:

٧ـ الصحة والبناء البيولوجى Health and Biological State:

هذه الخاصية لجودة الحياة تهتم بالبناء البيولوجى للبشر، فالإنسان كـائن حـى ومستعمرة من الخلايا، ومن خلال تبادل المعلومات بين الخلايا يدرك الفرد قدرته البيولوجية الكامنة والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجى؛ لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم فى حالة صحية جيدة وسليمة ومن هنا فإن الصحة والحالة الوظيفيـة الجسمية الجيدة هى بحق إحدى العناصر الموضوعية لجودة الحياة وتعرف منظمـة الـصحة العالمية الصحة "بأنها حالة من الرفاهية الجسمية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليس مجـرد غياب المرض أو العجز".

٨ـ السعادة Happiness: تعددت الزوايا التى نظر منهـا البـاحثون خاصـة والناس عامة لمعنى السعادة فقد يربط البعض السعادة بالحالـة الجـسمية والصحية، أو بالحالة المزاجية وبكم الخبرات المرحة أو التعسة التى يمر بها الفرد، وقد يربطها البعض بالحب والعلاقات الاجتماعية الإيجابية، وقد يربطونها بالمال والعوامل المادية...الخ، غير أن السعادة يمكن أن تكـون كل هذه الأمور مجتمعه، أنها تشمل وجود الإنسان ككـل أنهـا شـعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات، أنها شـعور بالبهجـة والاستمتاع واللذة، وهى حلاوة نادرة فى الحياة وميل عـاطفى أو نـشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية.

الحلقة الخامسة: جودة الحياة الوجودية The Existential Quality Of Life:

تمثل جودة الحياة الوجودية النقطة البؤرية للنواة، وهى الوحدة الموضوعية والذاتية لجوانب الحياة، إنها جودة الحياة الأكثر عمقاً داخل النفس، وإحساس الإنسان بوجوده، إنها تتضمن النزول إلى مركز الفرد، ومعنى الحياة الذى هو محور وجودنا.

إن وجود الحياة الوجودية هو الذى يجعل الفرد يشعر بوجوده وقيمته، وبعمـق المعلومات البشرية التى بمقدوره الحصول عليها، أنها ترتبط بالمعـايير والقـيم والجوانـب الروحية والدينية التى يؤمن بها الفرد ويحقق بها وجوده ومثالياته على هذا الأساس.

فإن جودة الحياة تضمن الاستمتاع بالظروف المادية فى البيئة الخارجية والإحساس

بحسن الحال، وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وإحساسه بمعنى السعادة وصولا إلى العيش حياة متناغمة ومتوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة فى المجتمع [٥٠].

٩ـالعوامل المؤثرة التى تؤثر فى تحديد مكونات جودة الحياة (محددات جودة الحياة):

وفيما يلى عرض لبعض محددات جودة الحياة :

١ـمن حيث ثقافة المجتمع: نجد أن جودة الحياة يختلف إدراكها من منظمة إلى أخرى فمثلا:

أ -يشير جود Good (١٩٩٤) إلى أربعة عوامل أساسية تشكل جودة الحياة فى المجتمع الأمريكى وهى: [٥١]

١-حاجات الفرد(الحب، التقبل، الجنس، الصداقة، الصحة، الأمن).

٢-التوقعات بأن هذه الحاجات خاصة بالمجتمع الذى يعيش فيه الفرد.

٣-المصادر المتاحة لإشباع هذه الحاجات بصورة مقبولة اجتماعيا.

٤-النسيج البيئى المرتبط بإشباع هذه الحاجات.

ب-وتعتبر المفاهيم الأساسية لجودة الحياة فى استراليا هى:

١-أن يكون لدى الفرد الفرصة والحق فى الاختيار.

٢-التحدى والاعتماد على الذات.

٣-المشاركة فى الأنشطة الاجتماعية.

ج-أما بالنسبة لجاسبر وألبرت Jasper & Alaberta: بأخذ آراء ومعتقدات واتجاهات المواطنين عن جودة الحياة من خلال إجاباتهم على قائمة مكونة من ٤٤٧ عبارة والتى تتضمن مختلف توقعاتهم عن الرضا عن المجتمع، والحياة التى يعيشونها وأفضل وأسوأ أشياء توجد فى Jasper والأشياء التى يريدون تغييرها من أجل تحسين جودة الحياة وجد أن جودة الحياة لديهم تتمثل فى: السعادة، الرضا عن الحياة.

٢ـحسب الفئة العمرية والنوع:

أـطلاب الجامعة: أشار سامى هاشم (٢٠٠١) إلى أنه لا توجد فروق جوهرية بين الذكور والإناث فى جودة الحياة لدى طلاب الجامعة، فتطلعات الذكور والإناث للرفاهية والسعادة والرضا عن الحياة لا تختلف فى الثقافة المصرية.

ب-الشباب: وأشار تيلك Teleh (١٩٩٥): إلى أن جودة الحياة لدى الشباب ترتبط بالقلق وتحاشى الخوف، بينما لا ترتبط بأزمات الزعر المفاجئة.

جـ-كبار السن: يشير كيم وشيونج Kim & Cheong (٢٠٠٣) إلى أن جودة الحياة لدى كبار السن تتمثل فى أشكال المساندة الاجتماعية التى يتلقاها الآباء من الأبناء حيث إن الأباء الذين يتلقون مساندة، واهتمام من الأبناء أكثر رضا عن حياتهم من الذين لا يتلقون أى شكل من أشكال المساندة. [٥٢]

٣-الأنشطة اليومية: ويرتبط هذا الجانب بكيفية قضاء الحاجات اليومية، والانتقال من مكان إلى آخر والقدرة على أداء الأعمال، أى ممارسة أمور الحياة اليومية والاختلاط بالآخرين والتفاعل معهم.

٤-الراحة: إن الرضا عن الراحة يعتبر أفضل منبئ بجودة الحياة، وكشفت التحليلات أنه فى كثير من الأحيان أن البشر الذين ينشغلون بالأنشطة الاجتماعية والأكثر رضاء بالفوائد النفسية يحرمون من الراحة ومستويات الخبرة الأعلى لجودة الحياة المدركة، واقترحت النتائج أننا فى حاجة للتوفيق بين المعرفية الموضوعية والإدراك الشخصى (الذاتى) للراحة من أجل تحقيق مستويات فهم أعلى، وقياسات شاملة لهذا البعد المعقد وعلاقته بجودة الحياة. [٥٣]

٥-معوقات جودة الحياة:

تشير صفاء أحمد عجاجة (٢٠٠٧): أنه توجد العديد من الأسباب التى تعوق جودة الحياة ومن هذه المعوقات:

١-ضغوط أحداث الحياة. ٢-فقدان الشعور بمعنى الحياة.

٣-قلة الوازع الدينى. ٤-عدم توفير سبل الرعاية الصحية الكاملة للأفراد.

٥-افتقاد كثير من الأفراد للذكاء الوجدانى فى التعرف فى مواقف الحياة المختلفة.

٦-التأخر التكنولوجى. ٧-قلة الخدمات المقدمة للأفراد.

وتشير أنه للتغلب على هذه المعوقات لابد من الارتقاء بمستوى جودة الحياة عن طريق:

(أ)المجتمع:

١-تحسين الخدمات المقدمة للأفراد. ٢-الاهتمام بالتكنولوجيا.

٣-الرعاية الصحية للأفراد والتثقيف الصحى.

(ب)**الأسرة:**

١-التنشئة السليمة للأبناء. ٢-الاحترام بين الزوجين. ٤-المرونة العاطفية.

٤-استخدام الذكاء الوجدانى فى التعامل بين الآباء والأبناء.

(ج)**الفرد نفسه:**

١-استخدام أساليب فعالة فى مواجهة الضغوط.

٢-أن يتبع الفرد الإجراءات الصحيحة فى حياته من حيث التغذية السليمة والماء والوزن والنوم والراحة.

٣-البحث فى معنى الحياة.

٤-التمسك بالدين.

سابعا:برنامج التدخل المهنى باستخدام المناقشة الجماعية وتحسين جودة الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة

١ـالأسس التى تقوم عليها المناقشة الجماعية:

المناقشة الجماعية وسيلة هامة من وسائل اتخاذ القرارات فى الجماعة وصنعها، وكذلك حل المشكلات واكتساب أنماط السلوك المرغوب، ومن خلال المناقشة الجماعية يمكن توجيه التفاعل داخل الجماعة ومساعدة الأعضاء واكتساب الأساليب الديمقراطية وزيادة وعيهم الدينى الاجتماعى وهى وسيلة هامة لتحديد الأدوار الجماعية وتوزيع المسئوليات وتعليم الأعضاء وزيادة معارفهم وتغيير اتجاهاتهم السلبية والعمل على إكسابهم الاتجاهات الإيجابية ونمو قيمهم وأخلاقياتهم ويجب أن تتوفر فى جماعة المناقشة مجموعة من الصفات تتمثل فى:

أ -يجب أن تتكون جماعة المناقشة من عدد من الأعضاء يسمح بأن يدرك كل الآخر ويشعر بوجوده ويمكنه من التفاعل معه، وبالتالى فلا يجب ألا يزيد عدد الأعضاء عن عشر أعضاء.

ب-أن يجمعهم هدف مشترك يجعل كل منهم يشعر بأن نجاحه فى تحقيقه مرتبط بل ومتوقف على نجاح الآخرين.

ج-أن يكون التفاعل اللفظى هو وسيلة التعبير الأساسية المستخدمة أثناء المناقشة.

٢-الهدف من استخدام المناقشة الجماعية:

تهدف المناقشة الجماعية فى الدراسة إلى تحسين جودة الحياة لدى عينة من المرضى بأمراض مزمنة، وذلك من خلال تعديل الأفكار السلبية لدى المريض واستحضار المريض صوراً ذهنية تعزز فكرة الشفاء وتغذى الشعور بالاطمئنان عوضا عن صور الخوف والقلق التى تثبط من عملية الشفاء، واستبدال المريض صور الوهن والعجز والاستسلام المصاحبة للمرض المزمن بصور أخرى إيجابية كتخيل الشفاء ومعايشته، وتزويد المريض بكل المعلومات الكافية والمناسبة عن المرض والأعراض والمضاعفات وسبل المواجهة لتصحيح المفاهيم الخاطئة وتكوين ثقافة صحية صحيحة عن المرض المزمن تمكن المريض من التحكم فى المرض وتوجيهه بصورة أكثر فاعلية.

٣-الاعتبارات التى تستند إليها الباحثة فى تنفيذ المناقشة الجماعية:

أ -التفاعل اللفظى يمثل وسيلة التعبير الأساسية للمناقشة الجماعية بين الأعضاء وبعضهم البعض.

ب-وجود هدف يجتمع الأعضاء من أجله حيث إنه لا ممارسة دون هدف.

ج-التفاعل وجهاً لوجه من خلال الاجتماع الذى يعقد بصورة تسمح برؤية كافة الأعضاء بعضهم لبعض.

٤-التكنيكات المستخدمة فى المناقشة الجماعية:

أ -**المحاضرة:** يتم من خلال هذه الفنية مواجهة حقيقة أفكار واعتقادات المريض التى تتسم باللاعقلانية واللامنطقية والعمل على إعادة بناء اعتقادات جديدة من خلال إلقاء محاضرات بسيطة على المريض عن ماهية المرض وطبيعته وكيفية إعادة وصياغة أفكارهم ليتمكنوا من التعامل مع الحياة بطريقة عقلانية.

ب-**لعب الدور:** استخدمت الباحثة هذه الفنية فى تدريب المرضى على التخلص من الأفكار السلبية التى تهاجم المريض (أنه لا أمل فى الشفاء ولا فائدة

من العلاج، وعدم الرغبة فى مواصلة الحياة، وأنه لا يستحق ما أصابه). وتؤثر بلا شك فى استقرار الحالة الانفعالية والصحية للفرد والشعور بالرضا عن الحياة وذلك من خلال تمثيل عدة مواقف تحتوى كل منها على سلوكيات مرتبطة بالمرض المزمن ثم يتم فتح باب المناقشة بعد نهاية المشهد الذى يتم من خلاله كيفية التخفيف من حدة هذه الأفكار السلبية المرتبطة بالمرض.

ج- **النمذجة**: استخدمت الباحثة هذه الفنية من التوجيه والإرشاد وتوفير المثال والقدوة للمرضى الآخرين فى جلسات العلاج وذلك بتقديم نموذج إيجابى لمريض سابق خاض تجربتى المرض والشفاء.

د- **فنية الواجبات المنزلية**: استخدمت الباحثة هذه الفنية لتدعيم التغيرات الإيجابية التى يتم إنجازها فى الجلسات العلاجية، وتقوية ودعم الأفكار والمعتقدات الصحيحة الجديدة التى اكتسبها المرضى خلال فترة تطبيق المناقشة.

هـ- **النصح والتوجيه**: وفيها يتم تقديم النصح لأعضاء الجماعة وإرشادهم وتوجيههم لوقف الأفكار والوساوس التى تسيطر على المريض وتسبب له الحزن والكآبة وزيادة شعور المريض بالأمن والطمأنينة باللجوء إلى الله والاعتصام به وطلب العون منه واستشهدت الباحثة بالآيات القرآنية التى تحمل معنى الأمل والتفاؤل وانتظار اليسر بعد العسر وقدمت الباحثة نماذج لمرضى مزمنين يملؤهم الأمل والتفاؤل والثقة فى الله وحسن الظن به.

و- **فنية القصة**: حي يرى المريض من به مثل مرضه أو أشد فيسكن ذلك من حزنه كما أن القصة تعزية لنفس المريض بالتأسى بالمرضى الآخرين، وهى من الفنيات التى جذبت انتباه المرضى وتأثروا بها كثيراً.

أدوار الأخصائى: قامت الباحثة أثناء التدخل بمجموعة من الأدوار المهنية التى ساعدت أعضاء الجماعة على تحسين جودة الحياة لديهم منها:

أ- **دور المعلم**: قامت الباحثة بتعليم المرضى أن يحددوا ويقيموا أفكارهم وخاصة التى ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة المؤلمة وتبصير

المريض بحالته بتشجيعه على أنه مازال له دور يلعبه ومازالت قيمته الاجتماعية موجودة وقائمة.

ب-**دور الممكن:** وذلك لمساعدة المرضى على الاستفادة من الخدمات المقدمة داخل المستشفى وتكوين علاقة بين الأطباء والمرضى وتحسين العلاقات البناءة بين المريض وأقاربه وأصدقائه.

ج-**دور الموضح:** وذلك من خلال قيام الباحثة بتوضيح الأفكار الخاطئة المرتبطة بالمرض والمشكلات المرتبطة به ومعرفة الحكمة من هذا الابتلاء بالمرض وتكوين ثقافة صحية صحيحة عن المرض المزمن.

توزيع جلسات برنامج المناقشة الجماعية والهدف منها

م	موضوع الجلسة	الهدف من الجلسة
١	التعارف	التعارف بين أفراد الجماعة العلاجية ـ التعرف على طبيعة البرنامج من خلال الحوار والمناقشة.
٢	الإرادة والأمل	رفع الروح المعنوية لدى أفراد الجماعة التجريبية ـ بث مشاعر الأمل والتفاؤل في نفوس أفراد الجماعة التجريبية.
٣	التعرف على المرضى	فهم أفراد الجماعة للمرض والتعرف عليه ـ تكوين ثقافة صحية صحيحة عن المرض المزمن
٥،٤	المحاضرة ـ المناقشة ـ الواجب المنزلي	التعرف على آليات إدارة المرض وأعراضه ونشاطات الحياة اليومية. التعرف على آليات إدارة المشاعر والعواطف السلبية المرتبطة بالمرض المزمن.
٦	قصة وعبره	اكساب أفراد الجماعة التجريبية سلوكيات جديدة إيجابية ـ تعزية النفس بالتأسي بالمرضى الآخرين.
٧	حكمة الإبتلاء بالمرض	معرفة الحكمة من هذا الابتلاء بالمرض وفوائد المرض
٨	التدريب علي مهارة إيقاف الأفكار السلبية	تدريب أفراد الجماعة علي تطبيق فنية إيقاف الأفكار السلبية والاستعاذة بالله عز وجل.
١٠،٩	المحاضرة ـ المناقشة	تبصير أفراد الجماعة بأن المرض ليس شر وإنما فيه خير أيضاً وتوجيه الجماعة إلي أهمية الدعاء وفضله وآدابه وأسباب الإجابة.
١١	الحوار والمناقشة	تحسين نوعية الحياة عن طريق مقارنة المريض لحالته المرضية بمن هم أشد منه مرضاً.
١٢	التدريب على ممارسة الأنشطة السارة	خفض المشاعر السلبية وزيادة ثقة الفرد في قدراته وإمكانياته والشعور بالثقة تجاه سلوكه الاجتماعي.

م	موضوع الجلسة	الهدف من الجلسة
١٣	الحياة الطبيــة مــع المرض	التبصير بآليات الحياة الطبية مع المرض عـن طريــق المحاضــرة والمناقشة.
١٤	أســباب الــشفاء الشرعية	التعرف على أسباب الشفاء المادية والشرعية ـ تقوية الأمـل فــي الشفاء.
١٥	اصبر على ما أصابك	ارشاد أفراد الجماعة التجريبية إلي أهمية الـصبر علــى المــرض والأسباب المعينة عليه.
١٦	غدا نلقي الأحبة	التبصير ببعض حقائق الموت.
١٧	الروحانية والقـدرة علــى مواجهــة الأمراض المزمنة	النظر إلي المستقبل بصورة أكثر إيجابية من خلال زيادة الروحانيــة فالأشخاص ذوى الروحانية العالية يميلوا أن يكونوا أقــوى وأكثــر تنوع في القدرة على مواجهة الأمراض المزمنة.
١٨	الدعاء يخفـف مـن كرب المريض وهمه	الدعاء كعلاج لكثير من أمراض النفس فالأمل في استجابة الله تعالى للدعاء يخفف من كرب المريض ويمده بقوة تعينــه علــى التحمــل والصبر وتبث فيه الشعور بالرضا.
١٩	مهارة اتخاذ القرار	التدريب علي فنية اتخاذ القرار
٢٠	الذكريات السعيدة	التركيز على أحداث الحياة السعيدة والإيجابية لتنمية الشعور بالرضا عن الحياة
٢١،٢٢	التخيل الشفائي	التدريب على فنية التخيل الشفائي من خلال لعب الدور ومــا يتبعــه من مناقشات.
٢٣	مثلث الشفاء	تقوية الإرادة واحياء الأمل في الشفاء.
٢٤	ختامية	١-استعراض أهم ما جاء في الجلسات السابقة من موضوعات. ٢-تطبيق مقياس (جودة الحياة) بعد الإصابة بمرض مزمن (القياس البعدى). ٣-تقديم الشكر لأفراد الجماعة التجريبية علي تعاونهم مع الباحثــة والدعاء لهم بالشفاء.

خطوات إجراء التجربة:

أ -مرحلة ما قبل التدخل وتشمل:

- إجراء عمليات ثبات وصدق المقياس.
- تقسيم المرضى إلى جماعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضــابطة مــع مراعاة التجانس بين الجماعتين.
- إجراء القياس القبلى على أعضاء الجماعة.

ب-مرحلة التدخل المهنى: بعد تطبيق القياس القبلى واختيار الجماعة التجريبيــة تبدأ التجربة:

- يتم عقد ثلاث اجتماعات أسبوعيا مع الجماعة التجريبية.
- تقوم الباحثة بتشجيع الأعضاء على المشاركة فى المناقشة الجماعية كوسيلة من وسائل العلاج الجماعى وبث مشاعر الأمل والتفاؤل فى نفوس أعضاء الجماعة.
- تقوم الباحثة بتسجيل اجتماعات الجماعة والعمل الذى تم خلالها فى تقارير دورية يتم تحليلها واستخلاص مدى التغيير الحادث للأعضاء.

جـ-مرحلة تقييم التدخل وذلك باستخدام الأدوات التالية:

١-مقياس جودة الحياة: حيث يتم القياس البعدى للجماعتين التجريبية والضابطة ومقارنته بالقياس القبلى.

٢-تحليل التقارير الدورية التى تم تسجيلها لاجتماعات الجماعة التجريبية وذلك للتأكد من صحة أو خطأ فروض الدراسة.

٣-التقارير الفردية الخاصة بكل عضو. ٤-المقاييس الإحصائية.

ثامنا: فروض الدراسة: تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق صحة الفرض الرئيسي التالي:

توجد علاقة إيجابية بين استخدام المناقشة الجماعية فى خدمة الجماعة وتحسين جودة الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة ويتحقق هذا الفرض من خلال الفروض الفرعية التالية:

١-**هناك علاقة إيجابية** ذات دلالة إحصائية بين استخدام المناقشة الجماعية فى خدمة الجماعة وتحسين الجانب النفسى للمرضى بأمراض مزمنة.

٢-**هناك علاقة إيجابية** ذات دلالة إحصائية بين استخدام المناقشة الجماعية فى خدمة الجماعة وتحسين الجانب الاجتماعى للمرضى بأمراض مزمنة.

٣-هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين استخدام المناقشة الجماعية فى خدمة الجماعة وتحسين الجانب الجسمى للمرضى بأمراض مزمنة.

تاسعا: الإجراءات المنهجية للدراسة:

١-نوع الدراسة والمنهج المستخدم: ينتمى هذا البحث لفئة البحوث شبه التجريبية التى تستهدف اختبار أثر متغير تجريبى مستقل (المناقشة

الجماعية) على متغير آخر تابع (جودة الحياة لدى المرضـــى بـــأمراض مزمنة). والمنهج المستخدم هو المنهج شبه التجريبـــى للتجربـــة القبليـــة والبعدية باستخدام جماعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة.

عاشراً: أدوات البحث:

اعتمدت الباحثة فى إجراء هذا البحث على الأدوات التالية:

١-مقياس جودة الحياة وهو من إعداد الباحثة وقد اتبعت الباحثة الخطـــوات التالية فى بناء المقياس:

أ -اطلعت الباحثة على مجموعة من الدراسات السابقة المرتبطة بجودة الحياة وبعض المقاييس ذات الصلة بموضوع الدراسة.

ومن أمثلة المقاييس التى رجعت إليها الباحثة:

المقياس		المُعِد	السنة
• مقياس معنى الحياة	من إعداد	هارون توفيق الرشيدى	١٩٩٨
• مقياس الرضا عن الحياة	من إعداد	مجدى محمد الدسوقى	١٩٩٨
• مقياس الرضا عن الحياة	من إعداد	أمانى عبد المقصود	٢٠٠٠
• مقياس معنى الحياة	من إعداد	ماجدة السيد على ناصف	٢٠٠٦
• مقياس الرضا عن الحياة	من إعداد	نعمات عبد المقصود	٢٠٠٨

ب-ساعدت الدراسات السابقة والمقاييس التى اطلعت عليها الباحثة فـــى تحديد الأبعاد الفرعية للمقياس وكانت هذه الأبعاد هى: البعد النفسى، البعد الاجتماعى، البعد الجسمى، ثم قامت الباحثة بتجميع عدد مـــن العبارات وصياغتها بحيث تقيس كل جانب من هذه الجوانب.

التحقق من صدق المقياس:

أ -**الصدق الظاهرى:** قامت الباحثة بعرض المقياس على ستة أساتذة فى الخدمة الاجتماعية وعلم النفس والصحة النفسية للتعرف على آرائهم من حيـــث الصياغة والسلامة اللغوية للعبارات وارتباط كل عبارة بالبعد الذى تنتمى إليه وارتباطها بموضوع المقياس.

- قامت الباحثة بحذف العبارات التى لم تصل نسبة الاتفـــاق عليهـــا إلـــى

٨٥% كما تم تعديل صياغة بعض العبارات وإضافة البعض الآخر.

- ثم قامت الباحثة بصياغة المقياس فى صورته النهائية، وقد وصلت عدد عباراته إلى ٥٤ عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد فرعية وراعت الباحثة فــى تلك الصياغة الإجراءات المتبعة فى بناء المقياس.

ب-**الصدق التجريبى:** قامت الباحثة بحساب الصدق التجريبى للمقياس وذلــك بتطبيق المقياس على عدد (١٠) من المرضى بأمراض مزمنة، (١٠) من الأصحاء وذلك لمعرفة ما إذا كان المقياس يستطيع التفرقة بينهمــا أم لا، وقامت الباحثة بحساب قيمة (ت) بين التطبيق الأول والثانى.

جدول رقم (١)

يوضح اختبار (ت) بين التطبيقين الأول والثانى

البعد	(ت) المحسوبة	مستوى الدلالة
١-البعد النفسى	٥,٨	٠,٠١
٢-البعد الاجتماعى	٤,٣٢	٠,٠١
٣-البعد الجسدى	٦,٣	٠,١

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ت) المسحوبة > من قيمــة (ت) الجدولية عند ن=(١٨،٠,٠١) سواء على مستوى كل متغير أو على مستوى المقياس ككل مما يدل على وجود فروق معنوية بين قيم المرضى بــأمراض مزمنة والأصحاء الذين لا يعانون من أى أمراض وذلــك دليــل علــى أن المقياس قد فرق بين الجماعتين مما يؤكد صدق المقياس.

ثبات المقياس:

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقــة إعـادة التطبيـق وطريقـة التجزئـة النصفية كما يلى:

١-**طريقة إعادة التطبيـق:** تم تطبيق المقياس مرتين بفارق زمنى (١٥ يــوم) على عينة قوامها (٢٠) مريض وإيجاد معامل الارتباط باستخدام معامــل ارتباط بيرسون بين التطبيقين وجد أنه يساوى (٤٢٠) وهــو دال عنــد

مستوى دلالة ٠,٠١.

٢-**طريقة التجزئة النصفية**: تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (٢٠) مريض وتم حساب معامل الارتباط باستخدام معادلة بيروسون بين مجموع درجات العبارات الفردية، ودرجات العبارات الزوجية، ووجد أن معامل الثبات يساوى (٠,٣٦٩) دال عند مستوى دلالة ٠,١ وهذا يمثل ثبات نصف المقياس، وبالتعويض فى معادلة (سيبرمان براون) يصح ثبات المقياس ككل (٠,٤٢٤).

ويحتوى المقياس فى صورته النهائية على ثلاث أبعاد فرعية هى:

البعد الأول: البعد النفسى ويحمل العبارات من (١-١٨).

البعد الثانى: البعد الاجتماعى ويحمل العبارات من (١٩-٣٦).

البعد الثالث: البعد الجسدى ويحمل العبارات من (٣٧-٥٤).

وقد أحتوى المقياس على ثلاث استجابات موافق ٣ درجات، موافق إلى حد ما درجتان، غير موافق درجة واحدة، وكانت الدرجة الكلية للمقياس ١٦٢ درجة والدرجة الصغرى ٥٤ درجة.

الحادي عشر: مجالات البحث:

١-**المجال البشرى**: تكونت عينة الدراسة من ٢٠ مريض من مرضى القلب ثم اختيارهم من بين ٦٣ مريض ثم تقسيمهم إلى جماعتين وقد تم اختيارهم بطريقة عمدية فى ضوء المحددات التالية:

أ -ألا يكون لدى أفراد العينة أكثر من مرض مزمن.

ب-ألا تتجاوز مدة اكتشاف المريض للمرض أكثر من سنتين.

ج-أن يكون المريض هو المريض المزمن الوحيد فى أسرته.

د -أن يكون المريض متزوجا ولديه أبناء.

هـ حصول المريض على درجات منخفضة على مقياس جودة الحياة وكان عددهم ٣٨ مريض.

وبناء على هذه الشروط تم استبعاد (٨) مرضى لديهم أكثر من مرض مزمن (٦) تجاوزت مدة الإصابة بالمرض عامين، (٤) لوجود أكثر

من مريض مزمن بالأسرة.

٢-**المجال المكانى:** أجريت الدراسة بمستشفى العبور بمحافظة كفر الشيخ.

٣-**المجال الزمنى:** استغرقت الدراسة سبعة أشهر: شهران لجمع المادّة العلمية، وأربعة أشهر لإجراء الدراسة الميدانية، وشهر لاستخلاص النتائج وكتابة التقرير النهائى للبحث. وقد بدأ العمل فى الدراسة فى أول مارس ٢٠١١ إلى سبتمبر ٢٠١١،

الثاني عشر: نتائج الدراسة:

جدول رقم (٢)

يوضح نتائج اختبار (ت) لمتوسطي درجات الجماعتين التجريبية والضابطة قبل التدخل على مقياس جودة الحياة.

الجماعة / أبعاد المقياس	التجريبية قبل التدخل		الضابطة قبل التدخل		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
البعد النفسي	٢٨,٣٤	٤,٣٣	٢٧,٨٩	٣,٨٤	١,١٩	غير دالة
البعد الاجتماعي	٢٧,٧٩	٣,٨٧	٢٨,٠١	٣,٩٦	٠,٩٨	
البعد الجسدي	٢٨,٢٣	٣,٥٧	٢٧,٦٨	٣,٤٢	٠,٦٧	
جودة الحياة ككل	٨٤,٣٦	٣,٩٢	٨٣,٥٨	٣,٧٤	١,٠٢	غير دالة

ت الجدوليه عند (١٨،٠,٠٥)= ٢,١٠ عند (١٨،٠,٠١)=٢,٨٧

يتضح من الجدول السابق عند مقارنة (ت) المحسوبة بقيمة (ت) الجدولية عند مستوى (٠,٠٥،٠,٠١) أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الجماعة التجريبية ومتوسطات درجات الجماعة الضابطة قبل التدخل باستخدام المناقشة الجماعية فى البعد النفسي لمقياس جودة الحياة حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة (١,١٩) وهي أقل من قيمة (ت) الجدولية.

-لا توجد فروق دالة احصائياً فى القياس القبلي بين متوسطات درجات الجماعة التجريبية والضابطة بالنسبة للبعد الاجتماعي لمقياس جودة الحياة حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٠,٩٨) وهي غير دالة احصائياً

وأقل من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى (٠,٠٥،٠,٠١).

-لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الجماعة التجريبية والضابطة فى القياس القبلي بالنسبة للبعد الجسدي المرتبط بمقياس جودة الحياة حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٠,٦٧)وهي أقل من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى (٠,٠١)، (٠,٠٥)

-لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الجماعة التجريبية والجماعة الضابطة في القياس القبلي بالنسبة لمقياس جودة الحياة ككل حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (١,٠٢) وهي أقل من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى (٠,٠١، ٠,٠٥).

جدول رقم (٣)

يوضح نتائج اختيار (ت) لمتوسطي درجات الجماعة التجريبية قبل وبعد التدخل على مقياس جودة الحياة.

الجماعة / البعد	التجريبية قبل التدخل		التجريبية بعد التدخل		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
البعد النفسي	٢٨,٣٤	٤,٣٣	٣٤,٨٠	٣,١٤	٥,١٨	دالة عند مستوى (٠,٠١،٠,٠٥)
البعد الاجتماعي	٢٧,٧٩	٣,٨٧	٣٢,٥٧	٤,٠١	٤,٢٣	
البعد الجسدي	٢٨,٢٣	٣,٥٧	٣٢,٦٨	٣,١٢	٤,٣٨	
جودة الحياة ككل	٨٤,٣٦	٣,٩٢	١٠٠,٠٥	٣,٤٢	٤,٥٩	دالة عند مستوى (٠,٠١،٠,٠٥)

(ت) الجدولية عند (٠,٠٥،٩)= ٢,٢٦ عند (٠,٠١، ٩)=٣,٢٥

يشير الجدول السابق عند مقارنة (ت) المحسوبة بقيمة (ت) الجدوليه إلى وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والبعدي للجماعة التجريبية بالنسبة للبعد النفسي لمقياس جودة الحياة عند مستوى (٠,٠١، ٠,٠٥) حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٥,١٨) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدوليه وجاءت هذه الفروق لصالح القياس البعدي وقد تحقق ذلك من خلال تغير نظرة المريض إلي المرض المزمن بإعتباره بداية لحياة

جديدة مختلفة عن الحياة السابقة حياة يتعايش فيها المريض مع الآلم بالصبر والرضا وهو فى ذلك مأجور علي صبره والأمل فى الشفاء وفى رحمة الله، وقد قامت الباحثة بإستعراض نماذج لبعض الشخصيات الذين مروا بتجربة المرض المزمن وهي نماذج تحمل علي الرضا بقدر الله وتحمل علي التحدي وقوة الإرادة فى مواجهة المرض وتبعث فى النفس التفاؤل والأمل فى الشفاء وإجراء تغييرات علي نمط الحياة فالمرض المزمن والعلاجات المصاحبة له تسبب التعب والإرهاق لأقل مجهود من خلال المناقشة تم تغيير العادات السلبية بأخرى إيجابية والبعد عن أنشطة التي تتطلب مجهود كبير والحصول علي قسط كافى من النوم والراحة والتخفيف من الأنشطة غير الضرورية وتكوين ثقافة صحية لدي المريض عن المرض المزمن.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والبعدي للجماعة التجريبية بالنسبة للبعد الاجتماعي لمقياس جودة الحياة عند مستوى (٠,٠٥،٠,٠١) لصالح القياس البعدي حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٤,٢٣) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدوليه وظهر التحسن فى البعد الاجتماعي من خلال تعميق العلاقات الشخصية للمريض بعائلته وأصدقائه وتقدير المريض لمشاعر الحب والاهتمام من جانب أسرته وتعديل فكرته وأن يقبل مساعدة الأخرين له لأن هذا هو حقه عليهم وواجبهم نحوه والمواظبة علي أداء الأعمال التي يستطيع أداءها والتعاون مع الطبيب عند طلبه لأحد الفحوصات الطبية وتنفيذ تعليمات الطبيب والالتزام ببرنامج العلاج.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي للجماعة التجريبية بالنسبة للبعد الجسدي لمقياس جودة الحياة حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٤,٣٨) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى (٠,٠٥،٠,٠١) وقد أظهر أعضاء الجماعة التجريبية تحسناً فى البعد الجسدي من خلال تناول الدواء بطريقة صحيحة وتناول الطعام المناسب والحصول علي فترات كافية من النوم والالتزام بإتباع النظام الغذائي الخاص بكل مريض ومناقشة

المرضى فى أعراض مرضهم وحالتهم الصحية ومشاركة المريض فى اتخاذ القرارات المتعلقة بوضعه الصحي وممارسة النشاط البدني الذي ساهم فى التقليل من الشعور بالإجهاد ومعرفة المضاعفات المحتملة والتأثيرات الجانبية للعلاج الممكن حدوثها وطرق التعامل معها وإدارتها وما يمكن عمله للتخفيف منه ومعرفة كيفية استخدام الأدوية والعلاجات علي نحو فعال والالتزام بالعلاج.

-ويتضح من نتائج البحث أن استخدام المناقشة الجماعية أدى إلي استحضار المريض صوراً ذهنية تعزز فكرة الشفاء وتغذي الشعور بالاطمئنان عوضاً عن صور الخوف والقلق واستبدال صور الوهم والعجز المصاحبة للمرض بصور أخري إيجابية لتخيل الشفاء ومعايشته وقد ساعدت المناقشة الجماعية فى شعور المرضى بالبهجة والتفاؤل تجاه المستقبل وبث الأمل والتفاؤل فى الشفاء وخفض التوتر والقلق لدي المرضى وجاءت هذه النتيجة متفقة مع دراسة (حسام الدين عزب ٢٠٠٤، وشميدت بور ٢٠٠٦).

-ويشير نجاح المناقشة الجماعية بالنسبة للبعد الاجتماعي المرتبط بجودة الحياة إلي تحقيق التكامل بين المريض وأسرته وتخفيف الضغوط التي يتعرض لها المريض من خلال تزويد أفراد أسرته بالمعارف والمعلومات المرتبطة بكيفية مواجهة المشكلات المتعلقة بطبيعة المرض المزمن وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من (كارلن وليام ٢٠٠١، وبرون ٢٠٠٧).

-ويتضح من نتائج البحث نجاح المناقشة الجماعية فى تمكين المريض من التحكم فى المرض وتوجيهه بصورة أكثر فاعلية أدى إلي تحسن الحالة الجسدية من خلال المتابعة المستمرة لقياس الضغط واستقرار الحالة الصحية للمريض، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (ثريا جبريل ١٩٩٢، وجوردن فيلبس ٢٠٠٢).

جدول رقم (٤)

يوضح نتائج اختبارات (ت) لمتوسطي درجات الجماعتين التجريبية والضابطة بعد التدخل على مقياس جودة الحياة.

الجماعة / البعد	التجريبية بعد التدخل		الضابطة بعد التدخل		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
البعد النفسي	٣٤,٨٠	٣,١٤	٢٨,٠٣	٣,٩٤	٤,٠٧	دالة عند مستوى (٠,٠١،٠,٠٥)
البعد الاجتماعي	٣٢,٥٧	٤,٠١	٢٧,٦٨	٣,٨٦	٤,٤٨	
البعد الجسدي	٣٢,٦٨	٣,١٢	٢٨,١٢	٣,٧٤	٣,٨٥	
جودة الحياة ككل	١٠٠,٠٥	٣,٤٢	٨٣,٨٣	٣,٨٥	٤,١٣	دالة عند مستوى (٠,٠١،٠,٠٥)

(ت) الجدوليه عند مستوى (١٨،٠,٠١)=٢,٨٧، عند (١٨،٠,٠٥)=٢,١٠

يوضح نتائج الجدول السابق وجود فروق بين متوسطي درجات الجماعة التجريبية والجماعة الضابطة فى القياس البعدي لصالح الجماعة التجريبية وذلك على النحو التالي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الجماعة التجريبية والجماعة الضابطة على مقياس جودة الحياة بالنسبة للبعد النفسي حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٤,٠٧) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى (٠,٠٥،٠,٠١).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الجماعة التجريبية والضابطة بالنسبة للبعد الاجتماعى على مقياس جودة الحياة لصالح الجماعة التجريبية حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٤,٤٨) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى (٠,٠٥،٠,٠١).
- وجود فروق ذات دلالة بين متوسطي درجات الجماعة التجريبية والضابطة بالنسبة للبعد الجسدي على مقياس جودة الحياة لصالح الجماعة التجريبية حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٣,٨٥) وهي أكبر من قيمة (ت)

الجدولية عند مستوى (٠,٠٥،٠,٠١).

جدول رقم (٥)

يوضح نتائج اختبار(ت) لمتوسطي درجات الجماعة الضابطة قبل وبعد التدخل على مقياس جودة الحياة.

الجماعة / أبعاد المقياس	الضابطة قبل التدخل		الضابطة بعد التدخل		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
البعد النفسي	٢٧,٨٩	٣,٨٤	٢٨,٠٣	٣,٩٤	٠,٦٢	غير دالة عند مستوى (٠,٠١، ٠,٠٥)
البعد الاجتماعي	٢٨,٠١	٣,٩٦	٢٧,٦٨	٣,٨٦	٠,٧٣	
البعد الجسدي	٢٧,٦٨	٣,٤٢	٢٨,١٢	٣,٧٤	٠,٥٦	
جودة الحياة ككل	٨٣,٥٨	٣,٧٤	٨٣,٨٣	٣,٨٥	٠,٦٦	غير دالة

ت الجدولية عند (٩،٠,٠٥)=٢,٢٦ عند (٩،٠,٠١)=٣,٢٥

يشير الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الجماعة الضابطة قبل وبعد التدخل على مقياس جودة الحياة بأبعاده المختلفة البعد النفسي، البعد الاجتماعي، البعد الجسدي عند مستوى (٠,٠٥،٠,٠١) حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٠,٦٦) وهي غير دالة إحصائياً. ويعني ذلك أن التدخل باستخدام أسلوب المناقشة الجماعية في خدمة الجماعة قد أدت إلى تحسين جودة الحياة للمرضى بأمراض مزمنة بدرجة ثقة (٩٩%) وهذا يؤكد ثبوت صحة فرض الدراسة الرئيسى وهو وجود فروق ذات دلالة احصائية بين استخدام المناقشة الجماعية وتحسين جودة الحياة للمرضى بأمراض مزمنة.

وفيما يتعلق بالفرض الفرعى الأول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استخدام المناقشة الجماعية فى خدمة الجماعة وتحسين الجانب النفسي للمرضى بأمراض مزمنة فقد ثبت صحته حيث كان متوسط درجات الجماعة الضابطة فى القياس البعدي (٢٨,٠٣) بينما زادت لدي أعضاء الجماعة

التجريبية إلى (٣٤,٨٠) حيث كانت قيمة ت المحسوبة (٤,٠٧) وقد لاحظت الباحثة أن المرضى بأمراض مزمنة قد أظهروا الرضا والصبر وقوة الإرادة والتفاؤل الملحوظ فى الشفاء.

- **وفيما يتعلق بالفرض الفرعي الثاني:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استخدام المناقشة الجماعية فى خدمة الجماعة وتحسين الجانب الاجتماعى للمرضى بأمراض مزمنة فقد ثبت صحة هذا الفرض حيث كان متوسط درجات الجماعة الضابطة فى القياس البعدي (٢٧,٦٨) فى بعد الجانب الجسدي بينما كان لدى الجماعة التجريبية (٣٢,٥٧) وكانت قيمة ت المحسوبة (٤,٤٨) وهى دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥،٠,٠١) ومعنى دلك أن استخدام المناقشة الجماعية قد أدى إلى تحسين جودة الحياة خاصة فى الجانب الاجتماعى لدى المرضى بأمراض مزمنة بدرجة ثقة ٩٩%.
- **وبالنسبة للفرض الفرعي الثالث:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استخدام المناقشة الجماعية فى خدمة الجماعة وتحسين الجانب الجسمي لدى المرضى بأمراض مزمنة فقد ثبت صحة هذا الفرض حيث كان متوسط درجات الجماعة الضابطة فى القياس البعدي (٢٨,١٢) فى البعد المرتبط بتحسين الجانب الجسمي بينما زاد لدى أعضاء الجماعة التجريبية (٣٢,٦٨) وقد بلغت قيمة ت المحسوبة (٣,٨٥) وهى أكبر من قيمة ت الجدولية عند مستوى(٠,٠٥،٠,٠١) وهذا يعنى أن التدخل باستخدام المناقشة الجماعية قد أدى إلى تحسين جودة الحياة خاصة فيما يتعلق بالنواحي الجسمية لدى المرضى بأمراض مزمنة.

-نتائج الدراسة في التقارير الدورية

- ظهر من خلال التقارير تغير في أسلوب تعامل المريض المزمن مع المرض حيث أوضحت التقارير في الفترة الأولى من التدخل مشاعر السخط وعدم الرضا التي تسيطر علي المرضى ليس بسبب المرض الزمن الذي أصابه وإنما بسبب نظرته إلي المرض وطريق تفكيره باعتباره نهاية الحياة، وأن دوره في الحياة قد انتهى ولا قيمة لوجوده وأن المرض قد تمكن منه، وهذا الإدارك الخاطئ يؤثر علي سلوكه وانفعالاته وقدرته على

السيطرة علي حالته الصحية والتعايش مع مرضه وقدرته على مواصلة الحياة من جديد.

وأوضحت التقارير في المرحلة الثانية من التدخل المهني تعديل في أفكار المرضى وما ترتب عليه من تعديل المشاعر والسلوك والتحكم في حالته المرضية وتقبله للمرض والتعايش معه والإقبال علي الحياة مرة أخرى وتكوين ثقافة صحية صحيحة عن المرض تمكن المرضى من التحكم في المرض.

واتفقت نتائج تحليل التقارير الدورية في المرحلة الأخيرة من التدخل مع نتائج المقياس حيث ظهر التحول في وجه نظر المرضى تجاه المرض المزمن وتحسن الحالة الانفعالية والصحية للمرضى متمثلة في عدم المعاناة من المشاعر السلبية وارتفاع الروح المعنوية والرضا عن النفس والتفاؤل مما أدى إلى تحسن الجانب النفسي والجسدي والتحكم في المشاكل التي تواجه المريض بطريقة إيجابية وتعميق العلاقة الشخصية بينهم وبين أفراد عائلاتهم مما ساهم في تحسن الجانب الاجتماعي لدى المرضى وظهر ذلك أثناء المناقشات الجماعية التي سادها روح التعاون والمشاعر بين أعضاء الجماعة.

النتائج العامة للبحث ومناقشاتها:-

تشير نتائج البحث الراهن إلى فاعلية استخدام المناقشة الجماعية في خدمة الجماعة وتحسين جودة الحياة بأبعادها لدى المرضى بأمراض مزمنة وذلك على النحو التالي:-

١-بالنسبة للجانب النفسي المرتبط بجودة الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة أتضح من خلال نتائج البحث أن استخدام المناقشة الجماعية قد ساهم فى زيادة وعي المرضى بأمراض مزمنة وركزت المناقشة على أدراك المريض للعلاقة بين أفكاره ومشاعره وسلوكه وأن التعديل في الأفكار يترتب عليه تعديل السلوك والمشاعر وإدراك المريض أنه وإن كان لا يمكنه التغيير من حقيقة أصابته بالمرض المزمن فإنه يستطيع أن

يغير من طريقة تفكيره فى المرض ونظرته إليه وإدراكه أن مشاعر السخط وعدم الرضا التي تسيطر عليه ليست بسبب المرض المزمن الذي أصابه ولكن بسبب نظرته إلى المرض وطريقة تفكيره فيه وزيادة قدرة المريض على السيطرة على حالته الصحية والشعور بالاطمئنان النفسي والاتزان الانفعالى والتفاؤل وحب الحياة وعدم النظرة إليها نظرة تشاؤم واهتمت المناقشة بتنمية الوازع الديني لدى المرضى لزيادة الإحساس بالسعادة والرضا والقناعة والإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره الذى منح المرضى الثقة والقوة فى مواجهة الأزمات والشعور بالأمان وعدم الخوف والتشاؤم وتقبل المرض والتعامل معه بطريقة إيجابية وهادفة وركزت المناقشة على تحقيق التكيف النفسي مع المرض المزمن والحد من الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى والرضا عن الظروف الحياتية وقد ساعد ذلك فى شعور المرضى بالبهجة والتفاؤل تجاه المستقبل وارتفاع الروح المعنوية لديهم وبث الأمل والتفاؤل فى الشفاء أسوة بذلك المريض الذى خاض تجربتي المرض والشفاء وجاءت هذه النتيجة متفقة مع نتائج دراسة كل من: (ثريا جبريل ١٩٩٢، We/Be, and other ٢٠٠٤، حسام الدين عزب ٢٠٠٤، شميدت وبور ٢٠٠٦، هشام إبراهيم عبد الله ٢٠٠٨).

٢-اتضح من نتائج البحث،ان استخدام المناقشة الجماعية قد ساهم فى تحسين الجانب الاجتماعي المرتبط بجودة الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة وذلك من خلال التحكم فى السلبيات والمشاكل التي تواجه المريض بطريقة إيجابية ومحاولة إصلاح الاضطرار الحادثة بسبب المرض والتفكير الإيجابي والتخطيط لكل شيء مهما كان صغيراً والتعاون مع الطبيب عند طلبه لأحد الفحوصات أو الإجراءات الطبية وتنفيذ تعليماته وتعميق العلاقات الشخصية بينه وبين أفراد عائلته وأصدقائه وتقدير المريض لمشاعر الحب والاهتمام التي يظهرها الأقارب تجاه المرضى ومن خلال المناقشات تم تعليم المرضى طلب المساعدة من الآخرين لأن ذلك لا يتعارض مع كرامته وكبريائه وأن يطلب من الآخرين مساعدته فيما لا

يقدر عليه والتخلص من الشعور بأنه عبء ثقيل على من حوله وتم استدعاء الأحداث السارة والذكريات السعيدة التي مرت به في حياته وكانت سبب فى سعادتهم وسعادة الآخرين وتم ذلك فى وجود شركاء الذكريات مما ساهم فى زيادة الروح المعنوية عند المريض وتقوية إرادة الشفاء وإتاحة الفرصة لممارسة الأنشطة والأعمال التي تجعلهم يشعرون بالسعادة عند قيامهم بها كمشاهدة التليفزيون واللعب مع الأطفال- صلة الأرحام، وجاءت هذه النتائج متفقة مع نتائج دراسة كل (كارلين ويليام ٢٠٠١، سامي هاشم ٢٠٠١، Brown Ronald and others ٢٠٠٧، العارف بالله محمد الغندور ١٩٩٩).

٣-كما أتضح من نتائج البحث أن استخدام المناقشة الجماعية في خدمة الجماعة قد أدى إلى تحسين الجانب الجسدي المرتبط بجودة الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة حيث استطاعت الباحثة من خلال ممارسة المناقشة الجماعية وتكنيكاتها إلى تحسين الجوانب الجسدية من خلال التزام المرضى ببرنامج العلاج وتنفيذ تعليمات الطبيب وإجراء الفحوصات الدورية والإقبال على الحياة وقد ساهمت المناقشة فى تزويد المرضى بكل المعلومات الكافية والمناسبة عن المرض والأعراض وسبل المواجهة لتصحيح المفاهيم الخاطئة وتكوين ثقافة صحية تمكن المريض من التحكم فى المرض مما ساهم فى استقرار الحالة الصحية للمرضى وزيادة الشعور الديني أدى إلى انخفاض ضغط الدم وزيادة الشعور بالرضا عن الحياة للمرضى وجاءت هذه النتيجة متفقه مع نتائج دراسة كلاً من (ثريا جيريل ١٩٩٢، دراسة جوردن فليبس ٢٠٠٢).

المراجع المستخدمة

١-مطاع بركات، سامر جميل رضوان: اتجاهات أطباء مدينة دمشق نحو مسائل الخدمة النفسية نحو مشروع عربى لتوصيف مهن المساعدة النفسية وتشريع خدماتها، كلية التربية، جامعة دمشق، ١٩٩٨، ص ص ٣-٤.

2-Unwin N,Alberti KG,: Chronic non-Communic Able diseases Ann Trop Medpara Sitol, 2006; 100 (5-6): 455-464.

3-Bertch. Dennis Alan: Life satisfaction of persons with chronic Obstructive Plumo nary Disease, Grand Valley State University 1993, P. 87.

4-Johonson. D. and Jo Honsom, F: joining togather Group Theory and Group Skills, (Prentice-hall, International, N. J. Inc, 1991) P. 393.

5-Bagner Daniel and Others: Parent-Child Interaction Therapy and Chronic Illness, A case Study, University of Florida, U.S.A, 2004.

٦-ثريا عبد الرؤوف جبريل: مفهوم الذات لدى مرضى الأمراض المزمنة ودور خدمة الفرد فى تعديله من منظور العلاج المتمركز حول العميل، المؤتمر العلمى السادس، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٢، ص ص ١٩٣ - ٢٤٠.

7-Karlin William: Work Place Social Support and Ambulatory Cardiova Scular Responses in New York City Traffic Agents, (Phd) University of New York, 2001.

8-Spell Scott. An Exploration of Social Workers Perception of Reasons for non-Compliance with Medical Prescription in end – Stage Renal disease, California

state University, M.S.W, 2001.

9-Gordon, Phyllis A.; Feldman, etal: The Role of Religious Beliefs in Coping with Chronic Illness. Counseling and Values, 2002, vol-46, No 3, pp 162-174.

10-Wu, Be; and Others: Chronic Illnesses and Depression Among Chinese Immigrant Elders, Journal of Gerontogloical Social Work, Vol 43, No 2, 2004.

11-B. J. Kramer: Challenges to Providing end-of-Life care to Low-Income Eldors with a Dvanced Chronic Disease. University of Wisconsin, School of Social wor k, U.S.A. 2005.

12-Mclaughlin T.J. and Others: improving Psychological Justment to Chronic Illness in Cardic Patients. The Role Of Depression and Anxiety, University Of Massachusetts Medical School, 2005.

13-Casteral, Constant A, etal: Psychological Impactofchronic Diseases, World Gastroenterol, 2006, 14,12(10): 1545-1450.

14-Brown Ronald and others: chronic illness in children and adolescents, temple University, philadelphia, U.S.A, 2007.

15-Ringdal G: Religiosity, Quality of life, and Survival in Cancer Patients. Social Indicators Research, 1996, 38, pp193-211.

١٦-العارف بالله محمد الغندور: أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة، دراسة نظرية، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، القاهرة، ١٠-١٢ نوفمبر ١٩٩٩، ص ص ١-

.١٧٨

١٧-سامى موسى هاشم: جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسى، العدد (١٣)، ٢٠٠١، ص ص ١٢٥ - ١٨٠.

١٨-حسام الدين محمود عزب: برنامج إرشادى لخفض الاكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمى المستقبل، مؤتمر التعليم للجميع،، التربية وآفاق جديدة فى تعليم الفئات المهمشة فى الوطن العربى، المؤتمر العلمى السنوى الثانى عشر من ٢٨-٢٩ مارس، كلية التربية، عين شمس، ٢٠٠٤.

19-Murphy, H. & Murphy, E: Comparing Quality of Life using the World Health Organization Quality of Life Measure (who qol,100) Inaclinical and None-Clinical sample: Exploring the Role of Self-Esteam-Self-Efficacy and Social Functioning; Journal of Mental Health, 2006, vol, 15 (3)-289-300.

20-Schmidt, S. &Power, M,: Cross-Culturalanalyses of Detdrminats of Quality of Life and Mental Health, Rusults from the Eurohis Study, Social Indicators Research, 2006, vol. 77 (1), pp 95-138.

٢١-هشام إبراهيم عبد الله: جودة الحياة لدى عينة من الراشدين فى ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، المجلد ١٤، العدد الرابع، أكتوبر ٢٠٠٨، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

22-Foxall, M.J Ekberg, J.Y.& Griffith,n: Comparative Study of Adjustment Patterns of Chonico Bstru ctive Pulmonory Disease Patients And Periphal As Cular Disease Patients, Heart& Lung, 1987, 16, p.p354.363.

23-Lancaster. L.E: I Mpact of Chrnoicillness Over life Span

American Nephrology Nursing Assocation journal, 1988, 15, p.p 164-168.

24-Berth. Dennis Alan: Life satis Faction of Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Diseases, Grand Vally State University, 1993, P46.

٢٥-ماجدة سعد متولي: العلاج الأسري وتخفيف الضغوط الواقعة على الطفل المريض بمرض مزمن، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ج٣، جامعة حلوان، ١٩٩٧.

٢٦-منظمة الصحة العالمية: الأمراض غير السارية، التحديات والتوجهات الاستراتيجية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الدورة الثانية والخمسون، القاهرة، ٢٠٠٥.

27-Lehman, A.f: Aquality of Life Inter view for the Chonicaliy Mentally Ill. Evaluation and Program Planning, 1998, vol. 14 p.p 51-62.

28-Passchier, G: Development of Indicatoson Child Labor, International Labor Organization, Geneva, Simpson press, 2000, P 392.

٢٩-سامي محمد موسي: جودة الحياة لدي المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ج١٣، ٢٠٠١، ص ص ١٢٥ - ١٨٠.

30-Hilderly: quality of the Rhode is island cancer councille, Pawtukat, Imc, 2001, p240.

٣١-طلعت مصطفى السروجي: ثلاثية التنمية البشرية ونوعية الحياة والتحديث كمدخل الإستراتيجية وآلية التخطيط الاجتماعي، وورقة عمل بالمؤتمر العلمى السنوي الرابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، جامعة القاهرة، ٢٠٠٣، ص١٥.

٣٢-حسني مصطفى عبد المعطي: المقاييس الفنية المقننة، القاهرة، مكتبة زهراء

الشرق، ٢٠٠٧، ص٢.

33—Longgest, J,: Qualily of Impacton Mental Health Needs, New York, Institute of Education Sciences, 2008.

٣٤-صبحي عبد الفتاح الكافوري: جودة الحياة لـدي مرضـي الـسرطان، المؤتمر العلمى السابع فى الفترة من ١٣-١٤إبريل، كلية التربية، جامعة كفرالشيخ، ٢٠١٠، ص٤٠.

٣٥-كرم محمد الجندي المناقشة الجماعية كأداة أساسية يجب الاهتمام بها فى طريقة خدمة الجماعة، المؤتمر الدولى الخامس للإحصاء، جامعة عـين شمس، ١٩٨٠، ص ٥٣٠.

٣٦-محمود حسن محمد، محمد حسين البغدادي: الخدمة الاجتماعية وعملية الاتصال، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، بدون سنة نـشر، ص ص ٥٦، ٥٧.

٣٧-ماجدي عاطف محفوظ: استخدام أخصائي الجماعة لتكنيكي لعب الدور والمناقشة الجماعية وإكساب الأعضاء المهـارات الإجرائيـة، رسـالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٢.

٣٨-Abdesslam Boutayeb, Saber Bou Tayeb: The Burdenr of Noncommunicable Diseases in Developing Countries, International Journal for Equity in Health, pp 272-276.

٣٩-منظمة الصحة العالمية: الأمراض الغير السارية، التحديات والتوجهات الاستراتيجية، القاهرة، المكتب الإقليمى لشرق المتوسط، الدورة الثانيـة والخمسون، ٢٠٠٥، ص١.

٤٠-منظمة الصحة العالمية: النظام الغذائى والتغذية والوقاية من الأمـراض المزمنة، سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٣، جنيف، ص ص ٥-٦.

41-Yach E, Hawkes c, Gould Cihopman KJ: The Global Burden Of Chronic Diseases: Overcoming Impediments To Prevention and control. The Journal of American

Medical Association, 2004, 291, (21), pp 2616-2622.

٤٢-بترشولتس وديرك هليهامر (ترجمة سامر رضوان): وجوه سيكولوجيه للأمراض المزمنة، مجلة الثقافة النفسية، المجلد السابع، العدد ٢٧، لبنان،١٩٩٧، ص ٨٤.

٤٣-وسيم خليل قلعجية: مقدمة لفلسفة المرض، بيروت، لبنان، دار نون للنشر، ص ص ٨٩-٩١.

44-Navarro Am, Voetsch Kp, Liburd Lc, Giles Hw, And Collins Jl: Charting The Future Of Community Health Promotion, Recommendations From The National Expert Panelon Community Health Promotion, Preventing Chronic disease, 2007, 4(3), A 68.

45-Yach E, Haw Kes C, Gouldcl , Hofman Kj: Op.Cit, Pp206-1622

٤٦-منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٣، مرجع سبق ذكره، ص .

٤٧-منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٥، مرجع سبق ذكره، ص ٤٨.

٤٨-مجدى أحمد عبد الله: علم النفس المرضى، دراسة فى الشخصية بين السواء والاضطراب، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ص ص ١٠٥-١٠٨.

٤٩-حسن مصطفى عبد المعطى: الإرشاد النفسى وجودة الحياة فى المجتمع المعاصر، المؤتمر العلمى الثالث، الإنماء النفسى والتربوى للإنسان العربى، كلية التربية، جامعة الزقازيق، ٢٠٠٥، المجلد الأول، ص ص ١٨،٢٠.

٥٠-صفاء أحمد أحمد عجاجة: النموذج السببى للعلاقة بين الذكاء الوجدانى وأساليب مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، ٢٠٠٧، ص ص ٧٨-٧٩.

51-Burno, D.Z &Alev, G.M: Quality of life in jasper, Alpent,

J. Of Social Indicators Research, 2000, vol. 49(2), pp121-145.

52-Kim, I.I & Cheong. S. K.: Patterns of Family Support Indicators Research, 2003, vol, 62, pp 437-454.

53-Kathleen, N.L & Christoper, J.A: The role of leisure in Detemining Quality of Life, Issues of Content and Measurment, J. Of social Indicators Research, 2002, vol, 57-p43.

٥٤-صفاء أحمد أحمد عجاجه: مرجع سبق ذكره، ص ص ١٢٤-١٢٥.

ملاحــق الدراســة

ملحق رقم (١) يوضح مقياس جودة الحياة

(١)البعد النفسي:

م	العبـــــارات	دائماً	أحياناً	نادراً
١	أشعر بالرضا عن حياتي.			
٢	لدي أهداف أحاول تحقيقها.			
٣	أثق فى قدرتي على تحقيق اهدافي.			
٤	أستطيع حل مشكلاتي بنفسي.			
٥	أتوقع أن يحمل لي الغد مفاجأت سارة.			
٦	أنا راضي عن نفسي.			
٧	أشعر بالبهجة والسعادة.			
٨	أعمل جاهداً على تحقيق أهدافى المستقبلية.			
٩	أتوقع الوصول إلى مكانة مرموقة فى المستقبل.			
١٠	أشعر بالسعادة عندما أنجح فى إنجاز الأعمال التي أكلف بها.			
١١	أنجح في التغلب على الصعوبات التي تواجهني.			
١٢	أرى أنه لا يوجد هناك مستحيل.			
١٣	عندما أفشل فى عمل ما أعيد المحاولة حتى أنجح فيه.			
١٤	أشعر أني أفضل حالاً من غيري.			
١٥	أستطيع أن أتخذ قرارات فى أمور حياتي.			
١٦	أنا قادر على تحمل نتائج أفعالي.			
١٧	أسعي لتحقيق حياة أفضل.			
١٨	غالباً ما تكون قراراتى صائبة.			

(٢)البعد الاجتماعي:

م	العبـــــارات	دائماً	أحياناً	نادراً
١٩	أشعر بالرضا عن أسرتي.			
٢٠	ألبي دعوة أقاربى لحضور حفلاتهم الخاصة.			
٢١	أحب الخروج مع أصدقائى للأماكن العامة.			

٢٢	أمارس هوايتي المفضلة.			
٢٣	لا أجد صعوبة في البدء بالحديث مع الغرباء.			
٢٤	أزور جيراني في المناسبات.			
٢٥	أحظي بحب وأحترام أصدقائي.			
٢٦	لا أحب الجلوس بمفردي.			
٢٧	أزور أقاربي باستمرار.			
٢٨	لدى صديق مقرب أبوح له بأسراري. .			
٢٩	يستمع أصدقائي إلي رأيي في بعض الأمور.			
٣٠	أساند أصدقائي في وقت الشدة.			
٣١	أستمتع بوجودى مع أصدقائي.			
٣٢	أستمتع بالحديث مع أفراد أسرتي.			
٣٣	أشعر أني مهم لأفراد أسرتي.			
٣٤	أستطيع تكوين صداقات جديدة.			
٣٥	أشعر بحب الآخرين لي.			
٣٦	أساعد من يطلب مني المساعدة.			

(٣)البعد الجسدي:

م	العبـــــارات	دائما	أحياناً	نادراً
٣٧	أستطيع القيام بالإعمال دون إجهاد أو مشقة			
٣٨	لا أعاني من قلق أتجاه حالتي الصحية			
٣٩	أشعر أني على ما يرام.			
٤٠	أشعر بالرضا حول مظهرى.			
٤١	أستطيع التكيف مع حالتي الصحية.			
٤٢	أشعر بالرضا تجاه حالتي الصحية.			
٤٣	أتمتع بلياقة بدنية.			
٤٤	أستطيع ملاحظة حالتيَ الصحية.			
٤٥	انا قادر على مواجهة أي تغير يطرأ علـــى حـــالتي الصحية.			
٤٦	لا يضايقني إصابتي بالمرض.			
٤٧	أستمع بإهتمام لإرشادات الطبيب.			
٤٨	أنا راضي عن تكويني البدني.			
٤٩	أبدأ يومي بهمة ونشاط.			
٥٠	أنام نوما هادئا دون أضطرابات.			
٥١	أشعر أن حواسي تعمل بشكل جيد.			

م	العبـــــارات	دائماً	أحياناً	نادراً
٥٢	لدي شهية جيدة للطعام.			
٥٣	أستطيع القيام بالأعمال التي تتطلب مجهوداً عضلياً.			
٥٤	أستطيع التركيز في الأعمال التي أقوم بها.			

ملحق رقم (٢)

جزء من التقرير الثاني

التاريخ: الأربعاء ٤/ ٥ **مكان الاجتماع:** قاعة المؤتمرات بالمستشفي

الأهداف: ١-رفع الروح المعنوية لدى أعضاء الجماعة.

٢-بث مشاعر الأمل والتفاؤل في نفوس أعضاء الجماعة.

محتوى الاجتماع: في البداية أوضحت الباحثة لأعضاء الجماعة أن الإنسان قد تمر عليه مواقف صعبة يشعر فيها بالألم والحزن والسخط على كل من حوله وييأس من كل أمل وتمتلكه الحيرة والعجز عن مواجهة الموقف حتى يتمنى الموت فعلى المريض أن يلجأ إلي الله في مثل هذه اللحظات ويتعلق برحمته ويرجو ما عنده من خير لأنه عندئذ قد يفتح له باب من رحمه الله فإذا الأمور كلها تتبدل وتتغير وما كان يراه بالأمس مصدر شقاء ومعاناه هو نفسه مصدر سكينة ورحمه لم يتغير شيء من حوله لكل الذى تغير هو الشعور والأمر كله بيد الله.

وأضافت الباحثة أن الإصابة بالمرض المزمن قدر لا يمكن للإنسان أن يهرب منه والإنسان المؤمن هو الذي يتقبل أقداره المؤلمه بصدر رحب ونفس راضية ويستطيع أن يحول معاناته مع المرض إلي شئ له معني إلي انجاز كما فعل أيوب عليه السلام مع مرضه.

فعلق العضو (أحمد) بأنه يشعر أن دوره في الحياة قد انتهى ولا قيمة لوجوده وأنه ينتظر الموت في كل لحظة فسألته الباحثة متي تنتهي حياة الإنسان؟ فأجابها العضو أحمد قائلاً: عندما يموت، فعلقت الباحثة هل هناك أحد يعرف متي يموت؟ فرد العضو أحمد قائلا: لا فقالت الباحثة لماذا إذا ترى حياتك قد أنتهت؟ فأجاب العضو أحمد أن كل المصابين بهذا المرض انتهت حياتهم بالموت فعلقت الباحثة هذا الكلام غير صحيح كثير من

أصحاب الأمراض المزمنة قد شفوا بفضل الله وكثير منهم عاش سنوات طويلة مع المرض والواقع يصدق كل هذا، فأضاف العضو أحمد لكني أشعر أنني سأموت قريباً فعلقت الباحثة هذا الشعور يسيطر عليك لأنه تفكرّ كثيراً في الموت لماذا لا تفكر في الحياة؟ لما لا تفكر في الشفاء؟ فالإنسان الصحيح قد يموت في لحظات ويعيش المريض لسنوات طويلة فالحياة والموت بيد الله وحدة كما أن الشفاء بيده وحده وأضافت العضو (سعيد) أن المرض عقاب له من الله عز وجل فعلقت الباحثة ما الدليل على صدق هذه الفكرة؟ فقال العضو لقد فعلت ذنوب كثيرة ومؤكد أن الله يعاقبني بسبب هذه الذنوب التي فعلتها فسألته الباحثة وهذا هناك إنسان لم يرتكب ذنوباً؟ فأجاب بالطبع لا يوجد معصوم من الذنوب إلا النبي ﷺ فقالت الباحثة هل الله سبحانه وتعالي لا يبتلي بالمرض إلا المذنبون؟ فعلق العضو سعيد بالطبع لا فهناك الصالحون الذين يبتليهم الله بالمرض أيضاً؟ فرد العضو (شريف) الأنبياء، فسألته الباحثة من هو النبي الذي ابتلاه الله بالمرض ثمانية عشر عاماً فأجاب العضو (محمد) نبي الله أيوب عليه السلام فعلقت الباحثة هل كان هذا المرض عقاب لأيوب عليه السلام علي ذنوبه؟ أم كان لرفع درجته في الآخرة فأجاب (سعي) لا ليس عقاباً له وإنما لرفع درجته في الآخرة فعلقت الباحثة إذن فالمرض قد يكون لرفع الدرجات وزيادة الحسنات.

وأضاف العضو (أسامة) بشعوره بأنه سبب لإزعاج الآخرين وعدم راحتهم لذلك فهو عبئ ثقيل عليهم فسألته الباحثة هل لو تبدلت الأدوار وصار أقرب الناس إليك هو المريض هل كنت ستشعر بأنه عبء ثقيل عليه؟ فرد قائلاً بالطبع لا فعلقت الباحثة لماذا؟ فأجاب العضو (أسامه) لأن هذا واجبي الذي لا يمكن أن أتخلى عنه أبداً مهما كانت الظروف فإني أحبهم أكثر من نفسي وأشعر بأن هذا حقهم عليّ وأشعر بالسعادة عندما أفعل ذلك فعلقت الباحثة وهذا أيضا شعور من حولك فهم يشعرون بأنهم يؤدون واجبهم بكل حب ولم ولن يشعروا أبدا بأنك عضو ثقيل عليهم وأضافت الباحثة بأن هناك رابطة قوية بين المحنة والرحمة بين الألم والأمل فمن المحن تأتي المنح ومن رحم الألم يتولد الأمل الذي يظل يداعب النفس البشرية حتي في أحلك

الظروف واللحظات الأمل في الشفاء مهما كان المرض ومهما كانت خطورته فالشفاء بيد الله وحده والله لا يعجزه شيء في الأرض ولا في السماء وأن المؤمن يبتلي على قدر إيمانه وإن أشد الناس بلاء الأنبياء ثم الأمثل فالأمثل وطلبت الباحثة من أعضاء الجماعة أن يغيروا نظرتهم إلى المرض فليست الإصابة بالمرض نهاية الحياة بل هى بداية لحياة جديدة مختلفة عن الحياة السابقة حياة يتعايش فيها المريض مع الألم بالصّبر والرضا وهو في ذلك مأجور على صبره (إنما يوفى الصابرون أجرهم بغير حساب) ويعيش فيها بالأمل، الأمل في الشفاء وفي رحمة الله أن تدركه.

وقد لاحظت الباحثة مدى سعادة الأعضاء عندما وجود من يشاركهم الحديث عن مشاعرهم المرتبطة بالمرض وطلبت الباحثة من أعضاء الجماعة أن يقوموا بتدوين الأفكار السلبية التي تطرأ عليهم لمناقشتها في الاجتماع القادم إن شاء الله.

تحليل التقرير في ضوء العناصر المحددة.

١ـأساليب التدخل المهني المستخدمة في الاجتماع:ـ

-استخدمت الباحثة أسلوب المناقشة الجماعية والتي تتيح الفرصة لكل عضو للتعبير عن رأيه والتنفيس عن مشاعره السلبية المرتبطة بطبيعة المرض وتكون سبباً في زيادة معاناته وإحلال الأفكار والمشاعر الإيجابية عن طريق المناقشة والحوار.

٢ـأدوار الباحثة: **قامت الباحثة بإتاحة الفرصة لكل عضو للتعبير عن رأيه بحرية تجاه المرض.**

-استخدمت الباحثة التعليقات للتعقيب على المناقشة وتوجيهها نحو تحقيق العائد المأمول من الاجتماع.

-قامت الباحثة بدور المفسر لتوضيح خطورة الأفكار السلبية المؤثرة على الأعضاء والتي استخلصتها الباحثة من آراء الأعضاء أثناء المناقشة.

٣ـعائد التدخل: يتضح نمو فى قدرة الأعضاء علي المناقشة وعرض الآراء لتعديل بعض الأفكار الخاطئة المرتبطة بالمرض ونمو العلاقة المهنية بين الباحثة وأعضاء الجماعة.

جزء من التقرير الحادي عشر

التاريخ: الأحد ٦/٥ **مكان الاجتماع:** قاعة المؤتمرات بالمستشفي

الأهداف: ١-تحسين نوعية الحياة عن طريق مقارنة المريض بمن هم أشد منه مرضاً.

٢-تقديم نموذج إيجابي للمريض المزمن.

محتوى الاجتماع: أوضحت الباحثة لأعضاء الجماعة أن النفس البشرية تهدأ وتسكن عندما تجد أن هناك من يشاركها نفس الهموم والآلام، لأن هناك من المرضي المزمنين من يرى أنه ليس هناك من هو أشد منه مرضاً وأنه لم يصب أحد بمثل مصيبته، وغالباً ما يقارن حالته الصحية بحالة من حوله من الأصحاء فيزداد حزنا وألما وربما سخطاً علي قدرة ويرى أنه لا يستحق ما نزل به من مرض.

وأضافت الباحثة أن عليهم أن ينظروا إلي الجانب الأخر من الصورة وهم الأشخاص الأشد منهم مرضاً أو الأطفال الذين يعانون من نفسى مرضهم وهم بعد مازالو في مرحلة الطفولة أو الأطفال التي تولد وهى مصابة بتشوهات في القلب، حينئذ قد تهدأ الطفولة أو الأطفال التي تولد وهى مصابة بتشوهات في القلب، حينئذ قد تهدأ نفوسهم لأنهم ليسوا وحدهم من يعانون وأنما هناك آخرون يشاركونهم نفس المعاناه وربما أشد فعلق العضو (شريف) الحمد لله إننا لم نولد مصابين بالمرض وإلا تغيرت حياتنا جميعاً.

وقامت الباحثة بعرض مجموعة من الصور تظهر مجموعة من المرضى الذين هم في ظروف مرضية أشد من الجماعة التجريبية ثم شاهدت الباحثة مع أعضاء الجماعة فيلماً قصيراً يعرض صوراً لأطفال مصابين بالسرطان.

فعلق العضو (أسامه) قائلاً اللهم لك الحمد فنعم الله كثيرة وأن الله إن كان قد ابتلي منا عضواً فقد عافى سائر الأعضاء.

واستعرضت الباحثة مع أعضاء الجماعة نماذج لبعض الذين مروا بتجربة المرض المزمن وهى نماذج تحمل على الإيمان بقدر الله وتحمل على التحدى وقوة الإرادة في مواجهة المرض وتبعث في النفس التفاؤل والأمل

في الشفاء من هذه الأمثلة:

١-الشاعر العراقي (بدر شاكر السياب) كان يقول مخاطباً ربه وهو في محنة المرض فقد أصيب بشكل تام في أطرافه السفلي وضمور شديد في جميع عضلات الجسم.

لك الحمد مهما استطال البلاء ومهما استبد الألم

لك الحمد إن الرزايا عطاء وإن المصيبات بعض الكرم

٢-هيلين كلير العمياء الصماء البكماء التي أبهرت العالم تقول في كتابها شهادتي جديرة بأن تسمع عندما يوصد في وجهنا أحد أبواب السعادة تتضح لنا العديد من الأبواب الأخرى لكن مشكلتنا أننا نضيع وقتنا ونحن ننتظر بحسرة إلي الباب المغلق ولا نلتفت لما فتح لنا من أبواب.

وأضاف العضو (جمال) أن محنة المرض الذي أصاب زوج أخته المصاب بالسرطان قد جعلته شديد الاقتراب من ربه وساعدته فترات المرض الطويلة علي حفظ ثلثي القرآن والمواظبة على صلاة الفجر والصلاة في أوقاتها.

وعلق العضو (عبد العزيز) يجب أن يفكر المريض في جميع ما يستطيع إنجازه فالبكاء على الماضي لن يفيد ويعيش سعيداً لأن الوضع كان من الممكن أن يكون أكثر سوءاً.

وطلبت الباحثة من أعضاء الجماعة التعاون مع الطبيب عند طلبة لأحد الفحوصات أو الإجراءات الطبية وتنفيذ تعليمات الطبيب والالتزام ببرنامج العلاج لتحسين الجانب الجسدي لكل مريض.

وفي نهاية الاجتماع طلبت الباحثة من أعضاء الجماعة أن يكتب كل عضو بخط كبير "وإذا مرضت فهو يشفين" ويعلقها في بيته وفي عمله.

تحليل التقرير في ضوء العناصر المحددة.

١ـأساليب التدخل المهني المستخدمة في الاجتماع:ـ

-قامت الباحثة باستخدام المناقشة الجماعية والتبصير والتوجيه لاستثمار طاقات الأعضاء والإمكانيات الذاتية لهم عن طريق التوجيه والتدريب وقامت الباحثة باستخدام القصة التي جذبت انتباه المرضي وجعلتهم أكثر

تفاؤلاً.

٢ـأدوار الباحثة: قامت الباحثة بدور الموضح وذلك من خلال توضيح الحكمة من هذا الابتلاء بالمرض وتكوين ثقافة صحية للمريض.

-دور الممكن حيث قامت الباحثة بمحاولة تحسين العلاقة بين الأطباء والمرضى من خلال الالتزام بتعليمات الطبيب.

٣ـعائد التدخل: يتضح من محتوى التقرير تحقق بعض أهداف التدخل المهني حيث أوضحت المناقشة نمو في قدره الأعضاء وحرصهم علي الإدلاء بأرائهم والمشاركة في المناقشة والنظر إلي المرض المزمن باعتباره بدالية لحياة جديدة يعيش فيها بالأمل.